

س ۲
۱۴۰۲

۹۰۴



کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران
فهرست نشریات ادواری
کتاب ۹۲ شماره ۷۷۲۹

ماہنامہ

عارف و دانش

۹۰۴

همکاران این شماره

ابوالفضل رضی

امامی علی

بدروسیان رازمیک

دکتر برآل موسی

توروفسکی یوگنی

دکتر جزایری محمدحسین

دکتر جورابچی عبدالخالق

دکتر خدابنده عباس

دکتر صدوقی مهرانگیز

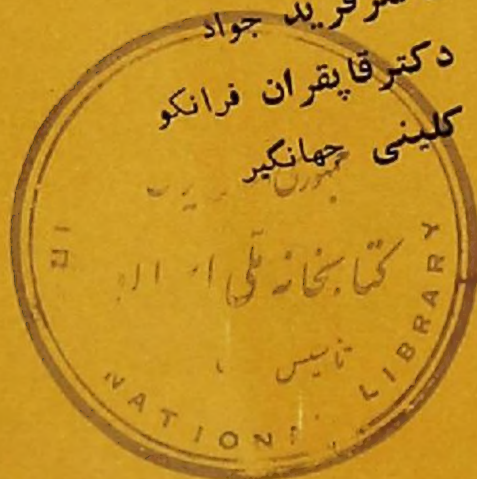
دکتر عبدربانی محمدهادی

فرویلش والتر

دکتر فرید جواد

دکتر قاپقران فرانکو

کلینی جهانگیر



سال دهم - شماره اول (۸۵) - آذرماه ۱۳۵۰
No. 83 December 1971

شماره ۱۵ ارمان



دوا اثر ممتاز، یک دارو

داروی جدیدی که به تنهایی اسپاسم عضلات را برطرف کرده و در عین حال
مستقلاً درآتکین میدهد

CARISOMA®

(CARISOPRODOL WALLACE)

معایج درد های کمر

کاریسوما : در عرض ۳۰ دقیقه درآتکین میدهد. کاریسوما : دوران طولانی کمر درد را به آسودگی تبدیل میکند.
کاریسوما : با رفع اسپاسم عضلات و زمین بدن در حرکات را عادی مینماید.
کاریسوما : یک دارو و دو نوع اثر.

مقدار استعمال : بزرگسالان یک قرص ۲۵۰ میلیگرمی سه بار در روز

بسته بندی : بصورت قرصهای ۲۵۰ میلیگرمی بدون پوشش دژیتیه های ۲۰ عددی

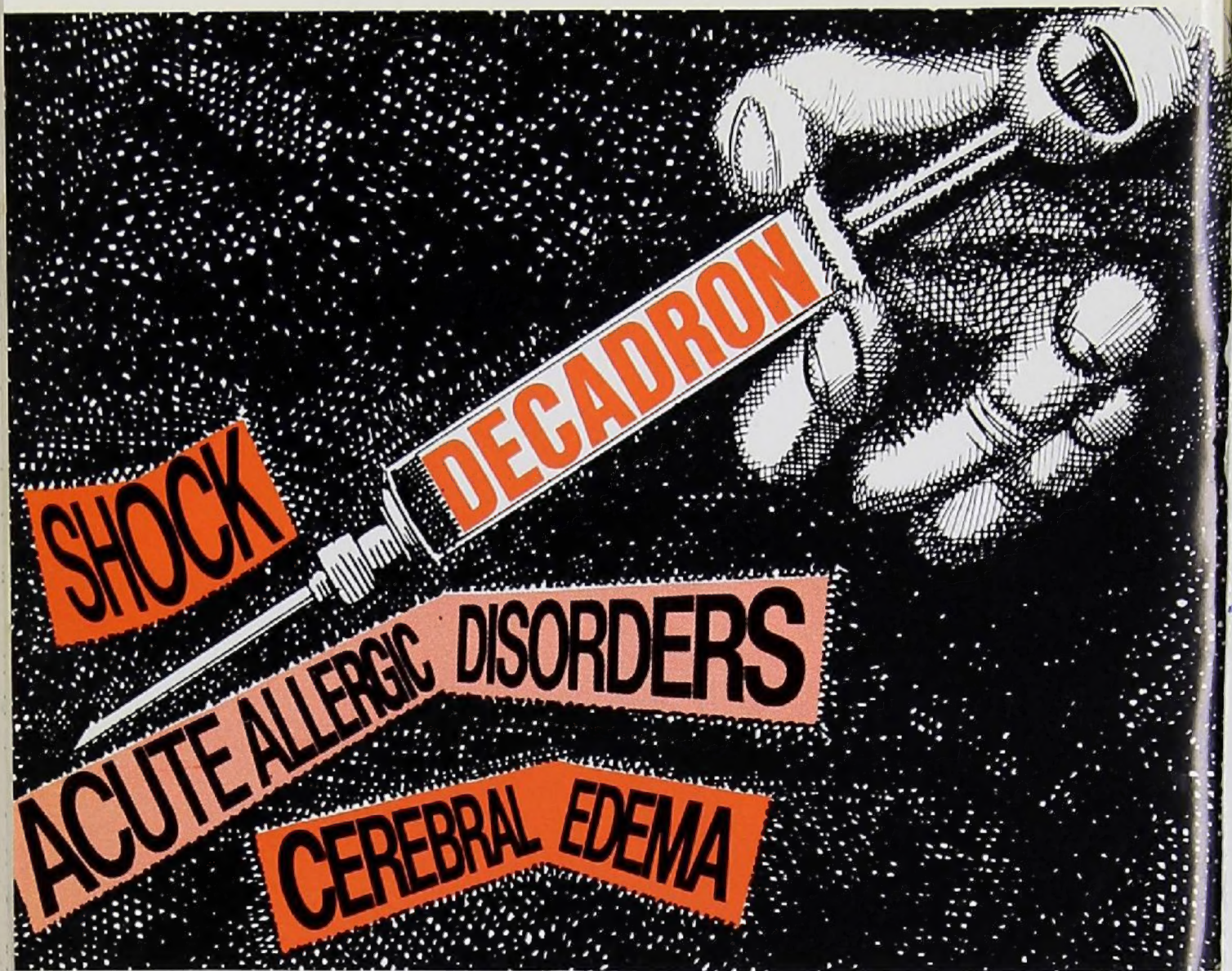
فراآورده کارخانجات داروسازی تولیدارو دارای امتیاز انحصاری تهیه از کارخانجات والاس امریکا

تهران - خیابان نادری ساختمان تولیدارو شماره ۲۴۷

۶۹۷۷۵

تملک

دکادرون تزریقی



dependable steroid solution

Injection

DECADRON
(dexamethasone sodium phosphate, MSD)
phosphate

Trademark

یک محلول پایدار و آماده برای مواقع ضروری
هیچگونه نیازی برای فراهم کردن و یا حل نمودن قبلی نیست
سرعت جذب میشود.

پنج دقیقه پس از تزریق داخل رگ یا داخل عضلانی
غلظت کافی از استروئید در پلاسما ایجاد میشود.

بخوبی تحمل میشود.
از کمترین مقدار تزریق اثرات درمانی قابل ملاحظه بدست میآید.

توجه: اطلاعات کاملتر بنابر درخواست پزشکان محترم ارسال خواهد شد.



MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL

where today's theory is tomorrow's therapy

آرتریت روماتوئید

REDUCE INFLAMMATION
RELIEVE PAIN
INCREASE MOBILITY

CAPSULES

INDOCID

Trademark

(Indomethacin MSD)

ایندوسید

ایندومتاسین مرک شارب اند دوهم
که دارای اثرات ضدالتهابی - ضد درد - وضد تب میباشد
بهبودی سریع حاصل شده
درد - تورم - سفتی و حساسیت مفاصل از بین میرود



MERCK SHARP & DOHME INTERNATIONAL

where today's theory is tomorrow's therapy

کپسول ایندوسید ۲۵ میلی در بسته‌های ۳۰ عددی موجود است .
توجه : اطلاعات کاملتر بدرخواست پزشکان محترم ارسال خواهد شد .

**Permet
de réduire le nombre
des injections**

هیپاتیک ۱۰۰ + ۱۰۰۰ شو

**HEPATIQUE 100 B₁₂ 1000
CHOAY**

Boîte de 3 ampoules 2ml
Remb. S.S. - A.M.G. - Coll.
P. CL 14



ASTHÉNIES

ANÉMIES

AFFECTIONS

HÉPATIQUES

ET NEUROLOGIQUES

3 ampoules suffisent

**1 INJECTION TOUTS LES DEUX JOURS
EN I.M. OU I.V.**

نماینده انحصاری در ایران شرکت ایباک چهارراه امیر اکرم خیابان
شاهین شماره ۱۱ تلفن ۴۰۳۶۰

پلارامین

آنتی هیستامین
d-کلرفنیرامین مالئات

برای رفع علائم آلرژیک، مانند حساسیت
به گرده گیاهان • کهیر • میگرن آلرژیک
رینیت وازوموتور • آسم •
اگزما و درماتیت •



POLARAMINE®

d-CHLORPHENIRAMINE MALEATE



فراورده شرینگ آمریکا

Darupezeshki

Monthly
Medical Pharmaceutical
Journal

December 1971

Edited by: Dr. M. H. Abderabbani

Mail Address: P.O.Box 3289 Tehran-Iran

Tel: 891407

DANESH EMROOZ PRESS

TEHRAN - IRAN

Tel: 312767

ماهنامه داروپزشکی

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر محمد هادی عبدربانی

زیر نظر هیئت تحریریه

صندوق پستی ۳۲۸۹

مدیر ۸۹۱۴۰۷

تلفن | دفتر ۳۱۲۷۶۷

چاپ دانش امروز

میدان فردوسی جنب لوان تور

تلفن: ۳۱۲۷۶۷

آبونمان یکساله ۱۵۰ ریال . برای دانشجویان ۱۰۰ ریال

آلمان	۱۲/۵	مارک
فرانسه	۱۵	فرانک جدید
انگلستان	۲۵	شیلینگ

آبونمان یکساله برای خارج
با پست زمینی

آدرس دفتر مجله و چاپخانه:

خیابان شاهرضا - جنب میدان فردوسی - شماره ۳۴۷ - چاپ دانش امروز

مقالات وارده مسترد نمیگردد ، هیئت تحریریه در حك و اصلاح و درج
مقالات رسیده آزاد است

توضیح لازم

- ۱- تعداد زیادی نامه و مقاله از همکاران گرامی و دانشجویان عزیز دریافت گردید و با اینکه چاپ چندمقاله و يك نامه (نامه آقای نسلی پور) را در شماره پیش (و یا در این شماره) وعده داده بودیم متأسفانه بعلت تراکم مطلب مقدور نشده است با عرض معذرت در شماره های آینده چاپ خواهد شد.
- ۲- پاسخ به نامه های رسیده نیز بعلت تراکم مطلب بشماره آینده موکول گردید.
- ۳- از همکاران محترم و دانشجویان عزیز برای چندمین بار تقاضا میشود مقالات را نایب شده (و یا کاملاً خوانا) و در يك طرف صفحه مرقوم دارند و کلمات لاتین را با حروف بزرگ بنویسند و از ارسال مقالات تکراری (که قبلاً در مجلات دیگر چاپ شده باشد) خودداری فرمایند و منبع یا منابع مقاله را نیز معلوم دارند.
- مراتب سپاس و تشکر خود را از این همکاری قبلاً تقدیم میداریم «هیأت تحریریه»

فهرست مندرجات



بخش اول - مقالات و اخبار برای استفاده عموم

صفحه ۳	از هیئت تحریریه	در آغاز دهمین سال انتشار داروپزشکی
۴ *	«دکتر عبدربانی	بیاد دوست و همکار از دست رفته ام
۷ *	«دکتر عبدربانی	گفت و شنودی با پروفیسور هگر
۱۳ *	«دکتر برال	سی و یکمین کنگره بین المللی علوم داروئی
۱۴ *	«دکتر جزایری	مجله محترم داروپزشکی با اجازه نظام پزشکی
۱۶ *	«دکتر جورابچی	در پاسخ مقاله یکی از همکاران
۱۹ *	«فرویلش	خودکشی بصورت يك ناخوشی قابل پیش گیری
۲۱ *	«توروفسکی	بیا از دست سگته قلبی فرار کنیم
۲۲ *		اخبار : نامه آقای نخست وزیر و....
۲۶ *	«دکتر خدابنده	اخبار دانشکده داروسازی تهران - آغاز کار

بخش دوم - مقالات تخصصی

۳۸ *	از دکتر قاپقران	اتراکسیدهای هالوژنه
۳۹ *	«دکتر صدوقی	انسان و نحوه تکامل آن
۴۶ *	«دکتر فرید	طرز تشخیص اسکولوزید در اسپسیالیته های داروئی
۴۸ *	«امامی	گفتاری پیرامون اینترفرون و تولید آن
۵۳ *	«ابوالفضل بدروسیان	فارماکودینامی داروهای ضد روماتیسم
۵۸ *	«کلینی	استنوتومی انترتروکانتریک

افتخاری بزرگ برای يك مجله علمی

۲۷۵ نفر با ۱۰۳۱ مقاله در مدت ۹ سال گذشته

با مجله داروپزشکی همکاری داشته‌اند

به ترتیب تعداد مقالات رسیده:

۳۳۸	مقاله	۵۴	نفر	از اعضاء کادر آموزشی دانشکده داروسازی تهران
۱۴۶	«	۳۲	«	از داروسازان غیر دانشگاهی (موسسات ملی - دولتی و آزاد)
۱۱۵	«	۳۶	«	از دانشجویان دانشکده داروسازی تهران
۱۱۲	«	۳۹	«	از اعضاء کادر آموزشی دانشکده پزشکی تهران
۷۵	«	۲۰	«	از نویسندگان غیر حرفه‌ای (غیر از حرفه پزشکی و داروسازی)
۶۷	«	۲۱	«	از پزشکان غیر دانشگاهی (تهران و شهرستانها)
۴۳	«	۱۵	«	از دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه تهران
۴۰	«	۱۶	«	از اعضاء کادر آموزشی و دانشجویان دانشگاه اصفهان
۳۲	«	۱۵	«	از اعضاء کادر آموزشی و دانشجویان دانشگاه تبریز
۲۱	«	۹	«	از پزشکان و داروسازان مقیم یا مأمور خارج از کشور
۱۴	«	۵	«	از شخصیت‌های علمی خارجی
۱۰	«	۴	«	از دانشجویان دانشگاه ملی
۹	«	۲	«	از دانشجویان دانشگاه شیراز
۵	«	۴	«	از دانشجویان دانشگاه تهران (غیر از پزشکی و داروسازی)
۲	«	۲	«	از کادر آموزشی و دانشجویان دانشگاه مشهد
۲	«	۱	«	از دانشجویان دانشگاه جندی‌شاپور

هیئت تحریریه واقعی

در آذر ماه ۱۳۴۱ مجله داروپزشکی بهمت و کوشش و علاقه عده‌ای از همکاران کادر و دانشجویان عزیز با انتشار اولین شماره خود قدم در خانواده مطبوعات گذاشت و از آن زمان تا کنون یعنی در مدت ۹ سال، بهمت همین همکاران ۸۴ شماره منتشر شده است، از اینکه ۸۴ شماره بجای ۱۰۸ شماره منتشر شده بدان علت بود که در سالهای گذشته بعضی مجله هر دو ماه یکبار منتشر میگردید و یا بعلمت مسافرت اعضای هیأت تحریریه در ایام تابستان تعطیل میشد ولی خوشبختانه در ۲ سال اخیر بطور مرتب و هر ماهه منتشر گردید.

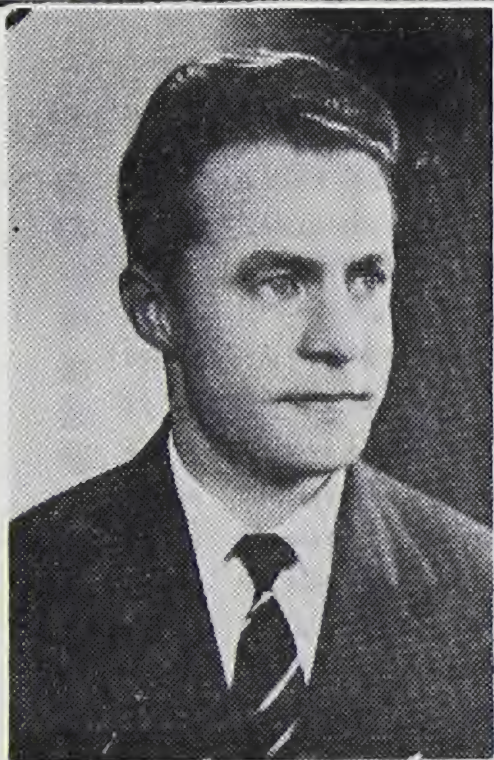
شك نیست مجله داروپزشکی چون بسیاری از مجلات دیگر بوسیله هیأت تحریریه‌ای اداره میشود ولی حقیقت اینست که هیأت تحریریه مجلات علمی و فنی خصوصاً داروپزشکی نمیتواند محدود باشد و اگر ما

بخواهیم هیئت تحریریه واقعی مجله را معرفی کنیم باید همه کسانی را که در این ۹ سال با مجله همکاری داشته‌اند و بطور افتخاری با ارسال مقالات سودمند و آموزنده خود باین مجله کمک معنوی کرده‌اند بعنوان هیأت تحریریه نام ببریم و معرفی نمائیم و همین کار را هم انجام خواهیم داد.

ولی قبل از معرفی کسانی که در این مدت با مجله همکاری داشته‌اند تذکر چند نکته را لازم و ضروری میدانیم.

نکته اول: همانطور که در آمار صفحه اول ملاحظه می‌فرمائید داروسازان ایران (دانشگاهی و غیر دانشگاهی) و نسل آینده آن (دانشجویان) از نظر تعداد مقالات ارسالی رتبه اول تا سوم را حائز شده‌اند و این نشانه گویائی است از اعتماد همکاران عزیز داروساز و دانشجویان عزیزی که در این ۹ سال عامل مهم و موثری در ادامه کار

و این نشانه آنست که مجله میتواند با درج مقالاتی بزبان ساده با اخبار عالم پزشکی و داروسازی و یا تازه های علمی (در کنار مقالات علمی و تخصصی) مورد استفاده افراد دیگری نیز قرار گیرد و ما باید برنامه خود را برای



بیاد دوست و همکار از دست رفته ام : دکتر تو حید عاملی

وقتیکه او از میان ما رفته بود، من در تهران نبودم و در بیمارستانهای لندن سراغش را می گرفتم و در آنجا فهمیدم که چند روز قبل از مراجعه من به بیمارستان، او به تهران برگشته بود. وقتیکه از وضع جسمانی و نوع بیماری او از پزشکان انگلیسی سؤال کردم پاسخ منفی و ما یوس کننده بود و من از همان زمان و از همان جا غم بزرگی را بدل گرفتم و وقتیکه به تهران رسیدم دانستم شانس دیدن قیافه دوست داشتنی و صادق او را برای همیشه از دست داده ام....

آشنائی ما در دانشکده شروع شد: او دانشجوی سال آخر بود و من اولین سال دستیاری را می گذراندم و در آزمونهای با هم آشنا شدیم و این آشنائی بدوستی تبدیل گردید و وقتیکه بعدها او بعنوان کادر آموزشی وارد دانشکده شد ما بهم نزدیکتر شدیم و خیلی خوب همدیگر را درک میکردیم. بزرگترین و عالیترین صفت او، صداقت او بود. او با سادگی و بی شائبه گسی خاصی صداقت داشت او نمیتوانست قیافه « ظاهر سازانه ای » بخود

آینده بر این اساس استوار سازیم که مجله در تمام خانواده ها نفوذ کند و ضمن راهنمایی بهداشتی توجه آنها را جلب نماید. ما از این دوستان و همکاران مطبوعاتی که با ارسال مقالات بسیار جالب و سودمند در این مدت

داروپزشکی

مجله داروپزشکی بوده اند و ما بهترین سپاس و عمیقترین تشکرات قلبی خود را بحضور آنها تقدیم میداریم و تمام آرزو و امید ما اینست که در سالهای آینده هم از این اعتماد داروسازان عزیز- که این مجله تعلق بخود آنها دارد- برخوردار گردیم.

نکته دوم: همکاران عزیز پزشک، خصوصاً اعضای کادر آموزشی دانشکده پزشکی تهران از استادان محترم گرفته تا استادیاران محترم با احراز مقام چهارم همبستگی و برادری دورشته داروسازی و پزشکی را به بخوبی نشان داده اند مضافاً اینکه پزشکان غیر دانشگاهی یعنی پزشکان موسسات ملی- دولتی و آزاد هم با احراز مقام ششم و دانشجویان عزیز دانشکده پزشکی دانشگاه تهران با احراز مقام هفتم این برادری و همبستگی را تکمیل کرده اند. ما همیشه معتقد بوده و هستیم و در ۹ سال گذشته هم از این روش پیروی کرده ایم که در بین قشر تحصیل کرده اجتماع ما باید همفکری کاملی وجود داشته باشد و هر گونه کوشش در راه ایجاد نفاق را ناصحیح دانسته ایم. آنهایی که کوشش میکنند در بحث های خود طبیب را در مقابل داروساز قرار دهند و یا بر عکس داروساز را در مقابل طبیب، بنظر ما کوردلان بی مایه و تنگ نظری هستند که دانسته و نا دانسته به هدف های استعمار و میراث خواران آن کمک میکنند و یا حداقل در بین روشنفکران نفاق را جایگزین اتحاد و اتفاق ملی مینمایند. با این کوتاه بینان باید در هر اجتماعی به سختی مبارزه شود و ما افتخار میکنیم که در تمام مدت ۹ سال گذشته حتی یکبار هم شاهد پیش آمدی (ولو بطور اشتباه) در حد جدائی پزشک و داروساز نبوده ایم و مسلم میدانیم که در آینده نیز چنین روشی را محکوم میکنیم و اجازه نخواهیم داد که این دو عضو مهم خانواده بهداشتی مملکت احساس جدائی کنند و بدینوسیله از تمام اعضای کادر آموزشی دانشکده پزشکی تهران و پزشکان غیر دانشگاهی دانشجویان عزیز دانشکده پزشکی تهران که در این مدت با ما همکاری نزدیک داشته اند صمیمانه تشکر می کنیم.

نکته سوم: توجه خوانندگان عزیز و همکاران غیر حرفه ای (غیر از حرفه پزشکی و داروسازی) باین مجله است که با ارسال ۷۵ مقاله مقام پنجم را بدست آورده اند

همکاری بی شائبه‌ای داشته‌اند عمیقاً سپاسگزاریم.

بالاخره نکته چهارم اینست که مجله نتوانسته خود را به شهرستانها بشناساند و هنوز آنطور که لازم است در دانشگاههای شهرستانها خصوصاً در دانشکده‌های

بگیرد، و قتیکه با امری مخالف بود، نمیتوانست آنرا اکتان کند حتی نگاه وقیافه برافروخته و ناشکیبای او مخالفت او را ظاهر میساخت و در مواردی حتی به شدیدترین شکل ممکن مخالفت خود را نشان میداد و این خود مسئله‌ای بود که عده‌ای از همکاران روش او و نوع برخورد او را در این مواقع نمی پسندیدند و این در اجتماعی که بسیاری از خصوصیات انسانی ارزش‌های واقعی خود را از دست داده باشند ظاهراً بصورت امری طبیعی جلوه می‌کند

مدتها بود که بدنبال فرصتی می‌گشتم تا از او یاد کنم و این فرصت اکنون دست‌داد آنجا که گزارش هیئت تحریریه را قرائت کردم و نام او را در میان نام‌هایی که مقاله بداروپزشکی فرستاده‌اند، دیدم و بلافاصله تصمیم گرفتم این مختصر را بپاد همکاری بنویسم که در تمام فعالیت‌ها برای اعتلای دانشکده نقش فعال و صادقانه‌ای داشت. او پر جوش و خروش بود و تحرک عجیبی در کارها نشان میداد و وقتی بدنبال هدفی میرفت «طول زمان» را تحمل نداشت و «زمان» برای او رنج‌آور بود و میل داشت روزها به ساعات، و ساعات به دقیقه و دقیقه به لحظه تبدیل گردد تا او زودتر به هدف برسد این هدف معمولاً در جهت دانشکده یا در راه اجرای مقصود دوست و همکاری بود

اوقفت ۴۵ بهار را پشت سر گذاشته بود و اجل فرصت نداد تا بهره‌ای از زندگی برد و تأهلی اختیار کند تا اقلایادگاری از خود بصورت فرزند باقی‌گذارد. او در سال ۳۶-۱۳۳۵ از دانشکده فارغ‌التحصیل شد و یکسال بعد دستیار و در دیماه ۴۲ استادیار و در خرداد ۴۷ دانشیار شد و در اردی بهشت ۵۰ طبق تجویز پزشک معالج بلند رفت ولی بدون نتیجه برگشت و در بعد از ظهر روز ۵/۵/۵۰ در حائیکه دوستانش انتظار او را می‌کشیدند، در منزل دارفانی را وداع گفت و همنه کادرها و دوستان و همکاران را در غم و اندوهی عظیم و فراموش نشدنی برجای گذاشت

او رفیق و همکار صادق و بسیار قابل اعتمادی بود. در دوستی «حد» نمی‌شناخت و تا آنجا که در قدرت داشت، محبت خود را نثار دوست میکرد و من یقین دارم که جای او همیشه در دانشکده خالی خواهد بود و کادرها و همکاران دانشکده در از دست دادن چنین همکار ارزنده‌ای همیشه حسرت خواهند خورد. خصوصیات بارز انسانی او فراموش شدنی نیست یاد او با یاد انسانیت‌هایی همراه خواهد بود، این خود درسی است آموزنده، برای بسیاری از ما روانش شاد باد .

دکتر عبدربانی

پزشکی و داروسازی آن شناخت کاملی نسبت باین مجله وجود ندارد زیرا تجربه نشان داده‌است که به محض آنکه شناختی بوجود آید استقبال محبت آمیزی را بدنبال خواهد داشت نمونه‌های بزرگ آن دانشگاههای اصفهان و تبریز

داروپزشکی

است که همکاری آنها در همین یکی دو سال اخیر افزایش یافته است و در این مدت کم اصفهان با ۴۰ مقاله مقام هشتم و تبریز با ۳۲ مقاله مقام نهم را احراز کرده‌است و این رقم یقیناً در سالهای آینده تغییر اساسی خواهد کرد زیرا ما شاهد بی شائبه‌ترین نوع همکاری هستیم بطور مثال دانشجوی عزیز دانشکده داروسازی اصفهان آقای منوچهر سلجوقیان آنچنان در همکاری علاقه‌نشان میدهد که در مواردی ما خود را در مقابل آنهمه تحرك و محبت در تنگنای کار تشکیلاتی احساس می‌کنیم.

ما ضمن تقدیم عمیقترین سپاس خود به کادرها و دانشجویان عزیز دانشگاههای اصفهان و تبریز خصوصاً دانشکده‌های داروسازی و پزشکی آن، امیدواریم که این فعالیت در شهرستانهای دیگر و یا در دانشگاههای موجود تهران نیز دنبال گردد خصوصاً برنامه ما باید در دانشگاههای ملی - پهلوی شیراز و مشهد و جندی - شاپور - که در گذشته کم و بیش همکاری داشته‌اند - طوری تنظیم شود که در آینده متضمن همکاریهای وسیعتر و گسترش یافته‌تری باشد.

تقاضا از خوانندگان

حال که سخن بدینجا رسید از تمام همکاران عزیز و دانشجویان گرامی و بطور کلی خوانندگان مجله تقاضا داریم که ما را در این کار مهم یاری دهند و هر فکر و ایده‌ای را که بتواند در شناخت این مجله موثر باشد با ما در میان بگذارند و هر نوع پیشنهادی را که بتواند به هدف ما کمک کند با نامه و یا در گفتگوی حضوری مطرح کنند تا ما بتوانیم قدم‌های مؤثرتر و مثبت‌تری در این راه برداریم - ما مخصوصاً از پیشنهادهایی که در زمینه گسترش و وسیعتر مجله با بوجود آوردن مشترکین جدید باشد و این خود عامل مؤثری در شناخت مجله خواهد بود، استقبال می‌کنیم و منتظر نامه‌های خوانندگان در این زمینه هستیم حال اجازه بدهید به بحث مختصری درباره اعضای هیات تحریریه واقعی مجله به پردازیم.

۵۴ نفر از اعضای کادر آموزشی دانشکده داروسازی دانشگاه تهران با ۳۳۸ مقاله بزرگترین وارزنده ترین همکاری را داشته اند ممکن است عده ای از این کادرهای آموزشی اکنون به مقام بازنشستگی نایل گردیده و یا به دانشکده های دیگر منتقل شده و یا اصولاً از دانشگاه رفته باشند ولی بهر حال در روزی که اولین مقاله خود را بدفتر مجله ارسال داشته اند، عضو کادر آموزشی دانشکده داروسازی بوده اند و این افراد را به ترتیب تعداد مقالاتی که بنام آنها تا شماره ۸۴ چاپ شده معرفی مینمایم:

تقریباً اکثریت قریب با اتفاق

این نکته را نباید فراموش را کرد که وقتی که بآمار مقالات واسامی اعضاء کادرهای آموزشی دانشکده داروسازی تهران می نگرییم می بینیم تقریباً اکثریت قریب باتفاق کادرهای دانشکده داروسازی تهران (ولوباً يك مقاله) با داروپزشکی همکاری داشته اند بدین ترتیب:

مدیر مجله ۲۶ مقاله علمی ۷۸ مقاله در زمینه های مختلف (اجتماعی - صنفی - دانشگاهی و انتقادی) - آقای آقای دکتر محمد جواد جنیدی ۲۲ مقاله - آقای دکتر حسن فرسام ۱۶ مقاله - آقای دکتر رستم مقصودی ۱۳ مقاله آقای دکتر هوشنگ کوشک آبادی ۱۲ مقاله - آقای دکتر ناصر رضوانی ۱۰ مقاله - آقایان دکتر محمود رفیع زاده و دکتر مجید خورسند هر يك ۹ مقاله - آقای دکتر عباس خدا بنده ۸ مقاله - آقای دکتر محمد رضا حاج غفوری ۸ مقاله - خانم دکتر عارفه اسماعیلی ۷ مقاله - آقایان دکتر فرج اله فرهی، دکتر امان اله صالحیان و دکتر پرویز جاوید هر يك ۷ مقاله - خانم دکتر فرنگیس اعتماد مقدم و آقایان دکتر بدیع اله مشیدی و دکتر محمود شریعت هر يك ۶ مقاله - آقایان دکتر سید محسن مجتبیائی دکتر محمد مهدی سمسار - دکتر مسعود مخانی هر يك ۵ مقاله - خانم دکتر زهرا صدرائی و آقایان دکتر موسی برال و دکتر منصور ناتان هر يك ۴ مقاله - خانم ها دکتر قدسی نیلوفری و دکتر زیور امانی و آقایان دکتر جواد

عطا بخش دکتر غلامحسین ثنائی و دکتر فرانکو قاپران هر يك ۳ مقاله

همکارانی که دو مقاله داشتند: خانم دکتر فرح بدیعی - آقایان دکتر علی زرگری - دکتر الکساندر باقديانس - دکتر ژیرا کاراپتیان - دکتر سعید اعتصامی دکتر یوسف شاملو - دکتر عباس شفیعی - دکتر احمد پاکروان - دکتر سیروس یزدانی و دکتر محمد افتخاری. و بالاخره همکارانی که يك مقاله داشتند: خانم ها دکتر هما گل کلاب - دکتر فاطمه عرفان و آقایان دکتر فتح اله اعلم - دکتر رحیم قادری نژاد دکتر سید ابراهیم انگجی - دکتر ایرج لاله زاری - دکتر عباس قریب - دکتر نصرت اله رهگذر - دکتر مصطفی اولیائی - دکتر تو حید عاملی - دکتر یعقوب آئینه چی - دکتر محمد باقر قدسی - دکتر فریدون مهدیون - دکتر محسن کاشفی الاصل و دکتر محمد رضا زرین دست.

۲ - ۳۲ نفر از داروسازان غیر دانشگاهی با ۱۴۶ مقاله:

آقای دکتر حشمت اله شهرزاد ۲۳ مقاله - آقای دکتر مسیح اله ذوالقدری ۲۱ مقاله آقای دکتر مرتضی حسین دوست ۱۸ مقاله - آقای دکتر آلبرت صلح خواه ۱۵ مقاله - آقای دکتر ابوالحسن ضیاء ظریفی ۱۳ مقاله آقای دکتر فیاض فیضی ۷ مقاله - آقای دکتر ایرج مقدسی ۶ مقاله - دکتر مهندس فریدون طاهری ۵ مقاله - خانم دکتر فرخ لمعه و آقایان دکتر عبدالخالق جورابچی، دکتر عباسعلی حمیدی دکتر مهیار خلیلی هر يك ۳ مقاله.

همکارانی که دو مقاله داشتند: آقایان دکتر غلامرضا سیف اله - دکتر اجاقیان - دکتر علی مولوی - دکتر سعید واقعی و دکتر مرزدهی.

و بالاخره همکارانی که يك مقاله داشتند: خانم ها: دکتر روح انگیز زرگسی و دکتر نرگس یاساء آقایان دکتر اسمعیل هاشمی نژاد - دکتر تبریزی - دکتر رضا جلالی - دکتر رهنما - دکتر پرویز فخرائی - دکتر درخشانی - دکتر خسرو قنبری - دکتر محمد مهدی جهان شاهی - دکتر داوران - دکتر آشوت اراکلیان - دکتر محمود کریمی - سید باقر میر قاسمی.

بقیه این مقاله را در شماره آینده دنبال خواهیم کرد.

«هیأت تحریریه»

« ما توجه‌روسی محترم دانشگاه‌های تهران - اصفهان -
 تبریز... »
 « همچنین توجه‌روسی محترم دانشکده‌های داروسازی
 تهران - تبریز - اصفهان... »
 « و بالاخره توجه تشکیلات داروئی دولتی کشور (وزارت
 بهداشتی) و جوامع صنفی داروسازی و صاحبان صنایع
 داروسازی کشور و تمام داروسازان را به مطالعه این
 « گفت و شنود » جلب می‌کنیم . « هیأت تحریریه »

گفت و شنودی با پروفیسور هگر

رئیس و استاد دانشکده داروسازی دانشگاه کارولینای شمالی

همکاران عزیزم آقایان دکتر خداپنده و دکتر
 لاله‌زاری و دکتر شفیع محبت کردند و ترتیبی دادند که
 اینجانب، اولاً از نزدیک با پروفیسور آشنا شوم و ثانیاً در
 روزهای دوشنبه و سه‌شنبه (۲۴ و ۲۵ آبان) بمدت چند
 ساعتی، گفت و شنودی با ایشان داشته باشم که ضمن
 تشکر از محبت و لطف بیدریغ همکاران، لازم میدانم
 بعلت اهمیت موضوع مطالبی که مطرح شده عیناً بنظر
 خوانندگان و همکاران عزیز برساند ولی قبل از آغاز
 مطلب اجازه بدهید بطور مختصر بیوگرافی پروفیسور
 را بنویسم :

مختصری از بیوگرافی پروفیسور ژرژ - پ - هگر

در سال ۱۹۱۶ در شهر بالتیمور مریلاند آمریکا
 متولد شد. ازدواج کرده و چهار فرزند دارد.
 در سال ۱۹۳۸ موفق بدریافت درجه B.S. در
 رشته داروسازی و در سال ۱۹۴۰ درجه M.S. در شیمی
 داروئی و در سال ۱۹۴۲ درجه Ph.D. در شیمی
 داروئی از دانشگاه مریلاند شد.

همچنین در سال ۱۹۴۱-۴۲ موفق بدریافت درجه
 دکترای در بیوشیمی از دانشگاه کارولینای شمالی شد.
 از سال ۱۹۴۲ تا ۱۹۴۵ عضو تحقیقاتی کارخانه
 معروف داروسازی لی لی بود.

از سال ۱۹۴۵ تا ۱۹۴۸ دستیار شیمی‌آلی و کانی و



تا آنجا که
 بیاد دارم، در
 زمان ریاست
 دانشگاهی
 آقای دکتر
 عالیخانی، از
 پروفیسور ژرژ -
 پ - هگر رئیس
 و استاد شیمی
 داروئی دانشکده
 دارو سازی
 دانشگاه
 کارولینای

شمالی امریکا دعوت بعمل آمده بود که از دانشکده داروسازی
 تهران بازدید کرده و نظر خود را درباره برنامه آموزش
 داروسازی و تیترا اعطائی و مسائل مورد لزوم دیگر
 اعلام دارد. قرار بود پروفیسور هگر در اردی بهشت ماه
 سال جاری بایران مسافرت کند که در آن موقع مقدور
 نگردید تا اینکه در تاریخ ۱۶ / ۸ / ۵۰ وارد تهران شد
 و مدت ۱۲ روز میهمان دولت ایران بود که جریات آن
 در اخبار همین شماره باطلاع همکاران و خوانندگان
 عزیز می‌رسد.

داروپزشکی

از سال ۱۹۴۸ تا ۱۹۵۵ استاد و رئیس دپارتمان شیمی داروئی دانشگاه مریلند، از سال ۱۹۵۵ تا ۱۹۵۷ رئیس علمی و رئیس کل تشکیلات لابراتوارهای اسمیت، کلن و فرنج از سال ۱۹۵۷ تا ۱۹۶۶ رئیس و استاد شیمی داروئی دانشکده داروسازی دانشگاه مینه‌زوتا، از سال ۱۹۶۶ تا کنون رئیس و استاد دانشکده داروسازی دانشگاه کارولینای شمالی و از تاریخ ۷ تا ۱۹ نوامبر ۷۱، از طرف دانشگاه تهران بعنوان مشاور خصوصی برای اظهار نظر در کار دانشکده داروسازی تهران دعوت شد و در این مسافرت ماموریت داشت از مرکز یونیف در تهران دیدن کند و در مراجعت بامریکا از بیمارستان یونیف در ویسبادن (آلمان غربی) و همچنین از یک بیمارستان یونیف در اسپانیا نیز دیدن خواهد کرد.



سؤال اول: دانشکده داروسازی تهران را چگونه دیده‌اید؟

پاسخ: باید با کمال صراحت و بدون کوچکترین تعارف یا کمپلمان بگویم: آنچه که در اینجا دیده‌ام قبلاً حتی تصورش را هم نمی‌کردم و دانشکده شما بیش از تصور قبلی من پیشرفته است. کادرهای دلسوز دارد که با علاقه برای دانشکده کار می‌کنند و دانشکده را از نظر علمی جلو می‌برند. برای کار و تحقیقات وسائل کافی و واقعی دارید و این وسایل موجود برای کارهای تحقیقاتی کفایت می‌کند البته می‌توانید و باید در آینده از وسایل مدرن‌تر و جدیدتری برای کارهای تحقیقاتی استفاده کنید. من بشدت تحت تأثیر کادرها قرار گرفتم و باید بگویم که آینده بسیار خوبی برای دانشکده داروسازی پیش‌بینی می‌کنم.

سؤال دوم: قبلاً اجازه بدهید از اظهار نظر صمیمانه شما بعنوان یکی از کادرها تشکر کنم. سؤال دوم من درباره آموزش داروسازی در ایالات متحده امریکا است. شاید اطلاع داشته باشید که سازمان بهداشت جهانی کتابی از برنامه آموزش داروسازی بیش از ۸۰ کشور جهان را در سال ۱۹۶۵ منتشر کرده و این برنامه‌ها مربوط به سال ۱۹۶۳ بود. مجله داروپزشکی از چند شماره پیش این برنامه‌ها را بتدریج ترجمه و چاپ و منتشر کرده و هنوز ادامه دارد و برنامه ایالات متحده آمریکا مربوط به شماره ۷۷ یا فروردین ۱۳۵۰ است

(کتاب سازمان بهداشت جهانی و مجله داروپزشکی به نظر پروفیسور رسید) لطفاً بفرمائید که از سال ۱۹۶۳ در دانشکده‌های داروسازی امریکا تغییراتی حاصل شده است یا خیر؟

پاسخ: آموزش داروسازی تا سال ۱۹۶۰ در اکثریت قریب باتفاق ایالات متحده چهار ساله بوده و باتصمیم مجمع ملی داروسازان و موافقت دولت از سال ۱۹۶۰ بیست و پنج ساله اعلام شد. این امر در ابتدا مورد مخالفت داروسازان و دانشجویان قرار گرفت ولی بعدها باتشکیل کنفرانسها و توضیحات مفصل، آنها هم بدلیل منطقی اینکار اعتقاد پیدا کرده و قانع شدند بدین ترتیب هیچ داروسازی از سال ۱۹۶۵ نمیتواند با تحصیلاتی کمتر از ۵ سال فارغ التحصیل شود و مدرک تحصیلی بگیرد. تعداد دانشکده‌های داروسازی در امریکا، که در سال ۱۹۶۳ در کتاب سازمان بهداشت جهانی نوشته شده ۷۶ دانشکده بود ولی اکنون ۷۴ دانشکده است ولی در سال آینده یکی اضافه شده ۷۵ دانشکده خواهد بود. آموزش داروسازی تقریباً در تمام ایالات بدین ترتیب است که هر دانشجویی بمدت دو سال دارای تحصیلات پایه داروسازی است که معمولاً در دانشکده علوم انجام می‌گیرد و بعد دوره آموزشی داروسازی در دانشکده‌های داروسازی انجام می‌گیرد که ۴ سال است و برای دریافت درجه دکترای حرفه‌ای يك سال دیگر باید تحصیل کند و عملاً حداقل تحصیلات داروسازی ۷ سال است.

تغییرات دیگری که نسبت بسال ۱۹۶۳ (که شما آنرا در مجله داروپزشکی منعکس کرده‌اید) پیدا شده موضوع دکترای حرفه‌ای است که در آن سال فقط ۳ دانشکده دکترای حرفه‌ای میدادند ولی اکنون ۱۵ دانشکده دکترای حرفه‌ای میدهند و طبق برنامه‌های پیش‌بینی شده در چند سال آینده این تعداد به ۲۸ خواهد رسید و من فکر می‌کنم در آینده از این تیتراستقبال بیشتری بعمل آید.

فارغ التحصیلان پس از دریافت درجه دکترای حرفه‌ای و یا پس از پایان تحصیلات چهار ساله داروسازی میتوانند به تحصیلات خود ادامه دهند و پس از یکسال درجه M.S. بگیرند و باز هم ادامه دهند و پس از ۲ سال

سال درجه Ph.D. بگیرند یعنی عملاً برای دریافت درجه Ph.D. باید در حدود ۱۰ سال تحصیل پایه و داروسازی داشته باشند و آموزش نکنید که درجه دکترای حرفه‌ای را دانشکده‌های داروسازی و درجات M.S. و Ph.D. را معمولاً دانشکده‌های علوم میدهند، البته این مدت سال را که اشاره کردم برای دانشجویانی است که با استعداد باشند و گرنه برای دانشجویان دیگر (که عده آنها معمولاً کم نیست) مدت لازم برای دریافت هریک از درجات فوق بیشتر است.

سوال سوم: فارغ التحصیلان داروسازی که در ایالات متحده امریکا بخواهند به تحصیلات خود ادامه دهند در چه رشته‌هایی میتوانند تخصص دریافت دارند؟
پاسخ: ۵ رشته اصلی تخصصی داریم که عبارتند از: ۱- شیمی داروئی ۲- داروسازی ۳- فارماکولوژی ۴- فارماکوکینوزی و ۵- مدیریت.

رشته اصلی داروسازی (شماره ۲) خود دارای رشته‌های دیگری است مانند: داروسازی صنعتی-کنترل دارو و بیوفارماسی و کسانی که در هریک از رشته‌های فوق، تحصیل تخصصی میکنند اگر با استعداد باشند حداقل باید مدت ۹ تا ۱۰ سال تحصیلات داشته باشند.

باید رشته داروساز بیمارستانی یا کلینیکال فارماسی را هم اضافه کنم که از رشته‌های تخصصی داروسازی است.
سوال چهارم: نظر شما درباره دانشکده داروسازی تهران از نظر تئور اعطائی چیست و باید چه درجات علمی به فارغ التحصیلان داروسازی بدهد؟

پاسخ: بنظر من باید درجه دکترای حرفه‌ای با حداقل ۶ سال تحصیل بدهید. چون تحصیلات مقدماتی داروسازی یا تحصیلات پایه در کشور شما عملاً در دانشکده داروسازی انجام میگردد (در ایالات متحده امریکا همانطور که گفتیم تحصیلات پایه در دانشکده‌های علوم انجام میگردد) و شما میتوانید بهمین ترتیب ادامه دهید و حتی میتوانید درجه M.S. هم بدهید البته با توجه به شرایط مملکت و تبادل افکار با موسساتی که بداروساز احتیاج دارند و حتی میتوانید برای آینده دورتری Ph.D. را هم پیش‌بینی کنید ولی بطور کلی در شرایط کنونی با توجه به وسایل کار و کادرهای آزموده کاملاً

آمادگی دارید که درجه دکترای حرفه‌ای و M.S. بدهید و میتوانید مطمئن باشید چنین فارغ التحصیلانی آموزشی در حدود آموزش کشورهای پیشرفته خواهند داشت.

سوال پنجم: لطفاً ممکن است درباره تشکیلات دیگر داروسازی در ایالات متحده امریکا توضیحاتی بدهید؟ و روابط این تشکیلات را با دانشکده‌های داروسازی معلوم دارید؟

پاسخ: تشکیلات داروسازی که در ایالات متحده امریکا وجود دارد بشرح زیر است:

۱- «اتحادیه دانشکده‌های داروسازی ایالات متحده امریکا» که تمام دانشکده‌های داروسازی عضو آن هستند و هر سال مبلغ ۱۵۰۰ دلار حق عضویت می‌پردازند این اتحادیه یکی از مهمترین مراجع داروسازی امریکا است که مخصوصاً در مورد برنامه آموزش داروسازی و احتیاجات امریکا بداروساز تحقیقات وسیع و همه‌جانبه‌ای دارد و ضمن تماس با تمام موسسات صنعتی و دولتی برنامه‌های داروسازی را پیش‌بینی و تنظیم می‌کند و به دانشکده‌ها ابلاغ مینماید و مهمترین مرکزی است که میتواند در تمام جهات به همه دانشکده‌های داروسازی امریکا ایده بدهد....

۲- «انجمن داروسازان دولتی» که اعضاء آن از طرف دولت ایالات متحده از بین داروسازان و شخصیت‌های علمی و اداری که در یکی از رشته‌های داروسازی کار می‌کنند و یا مسئولیت دارند تعیین و انتخاب میشود این انجمن با اتحادیه دانشکده‌ها و جوامع دیگر داروسازی همکاری نزدیک با جلسات مشترک دارد و کلیه امکانات دولتی را چه از نظر مالی و چه از نظر معنوی در اختیار آنها می‌گذارد.

۳- «جامعه داروسازان امریکا» که جامعه صنفی است و تمام داروسازان در آن عضویت دارند و حق عضویت می‌پردازند و بدست داروسازان اداره میشود. پرداخت حق عضویت از طرف داروسازان اجباری است. این جامعه نقش مهمی در ایجاد همکاری وسیع جوامع مختلف داروسازی کشور دارد.

۴- «انجمن صنایع داروسازی ایالات متحده

امریکا: این انجمن همانطور که از اسم آن پیداست مربوط به صاحبان صنایع داروسازی است که با سه انجمن فوق تبادل نظر می کند و خصوصاً با اتحادیه دانشکده های داروسازی رابطه نزدیک دارد و با تصویب اتحادیه به دانشکده ها اعتبار مالی میدهد به دانشجویان کمک مالی می کند برای قسمت تحقیقات دانشکده ها و سایل علمی تهیه و یا اهداء می نماید و یا برنامه های تحقیقاتی درباره مسائل مورد علاقه صنایع داروسازی در اختیار آنها می گذارد و علاوه بر این کمک ها بطور ثابت هر ساله بهر تحقیقی که به نتیجه برسد حداقل ۳ هزار دلار به دانشکده پرداخت کرده و همچنین به ۳۵ تا ۴۰ دانشجو از هر دانشکده کمک مالی می کند و به کادرهای آموزشی دانشکده ها بورس تحقیقاتی بنام بورس «انجمن صنایع داروسازی آمریکا» میدهد. انجمن داروسازان دولتی نیز هر ساله حداقل ۶۰۰ دلار بهر دانشکده ای پرداخت میکند.

سؤال ششم: برنامه آموزش داروسازی

دانشکده ها و یا تعداد دانشجویان مورد احتیاج هر دانشکده را چه مرجعی تنظیم و تعیین می کند؟ دولت یا انجمن های داروسازی و یا دانشکده ها؟

آیا ۷۴ یا ۷۵ دانشکده داروسازی در ایالات متحده روی برنامه ای معین هر سال فارغ التحصیل میدهند یا نه؟

پاسخ: دولت در این کار کوچکترین دخالتی ندارد همانطور که در بالا گفتیم اتحادیه دانشکده های داروسازی نقش درجه اول را در این مورد دارد و ضمن تماس با تشکیلات دولتی و خصوصی تعداد دانشجویان هر دانشکده و حتی تعداد متخصصین مورد احتیاج را تعیین میکنند و هر سال بدانشکده ها اعلام میدارد. اینکار را با کمک جامعه داروسازان - انجمن داروسازان دولتی و انجمن صنایع داروسازی انجام میدهد صنایع داروسازی معمولاً در هر سال در پنج رشته: بازاریابی، تحقیق، تولید، کنترل و گسترش، بطور دائم احتیاج به متخصص دارد (در اینجا پروفیسور از من سؤال کرد آیا دانشکده های شما در این موارد چگونه کار می کنند؟ من پاسخ دادم متأسفانه فارغ التحصیلانی که ماهر ساله تحویل اجتماع میدهم روی برنامه خاص و پیش بینی شده ای نیست ولی در چند سال پیش مجموعی از دانشکده های داروسازی بنام «شورای

هم آهنگی دانشکده ها» در وزارت علوم بوجود آمد که آنهم برای تنظیم برنامه آموزشی بود بهر حال هنوز در آغاز کاریم و امیدواریم با تشکیلات دیگر داروسازی که در مملکت وجود دارد بتوانیم در آینده همکاری بیشتری بکنیم و ترتیبی چون شکل کار شما بوجود آوریم.

سؤال هفتم: لطفاً ممکن است در باره کار

تحقیقاتی مراکز آموزشی (دانشکده ها) و چگونگی رابطه آنها با مراکز تولیدی (کارخانه ها) توضیحاتی بدهید؟

پاسخ: سؤال خوبی مطرح کردید و من میخواستم در همین باره صحبت کنم زیرا یکی از عوامل مهم پیشرفت مادر رشته علوم داروئی در همین روابط با مراکز تولیدی نهفته است. هر کارخانه داروسازی در ایالات متحده آمریکا دارای يك مرکز تحقیق اختصاصی است و در این مرکز تحقیق، از استادان و شخصیت های علمی کشور در رشته داروسازی استفاده می کنند و حقوق خوب و کافی میدهند و خصوصاً از اساتید دانشکده های داروسازی در درجه اول استفاده میشود مثلاً خود من (پروفیسور هرگز) مشاور علمی مرکز تحقیقی کارخانه معروف هوفمان روش هستم ولی کار تحقیقاتی کارخانجات داروسازی بدو شکل انجام می گیرد بدین ترتیب که اگر تحقیقات درباره يك محصول اختصاصی کارخانه بوده و جنبه سری داشته باشد در همان لابراتوار تحقیق کارخانه به مطالعه ادامه میدهند.

ولی اگر تحقیقات درباره يك محصول جنبه سری نداشته باشد مراکز تحقیقاتی دانشکده های داروسازی و اگذار می گردد. نباید فراموش کرد که کارخانه های داروسازی ترجیح میدهند تا حدامکان تحقیقات علمی را بدانشکده ها واگذار کنند زیرا همانطور که میدانید برای نتیجه گیری در يك کار تحقیقاتی به کادر - وسایل - مواد اولیه - آزمایش های مختلف بر روی حیوانات آزمایشگاهی و غیره احتیاج است که در دانشکده ها وجود دارد و برای يك کارخانه داروسازی از نظر مالی صرف نمی کند که اینهمه انرژی مصرف نماید و تازه جوابش نا معلوم باشد ولی برای دانشکده های داروسازی که جنبه علمی داشته و کادرها و وسایل را بهمین منظور جمع کرده و همیشه مراجعاتی از کارخانه های مختلف

داروسازی دارند با توجه به تجربیات علمی در طول کارهای تحقیقاتی از هر جهت این امکان را دارند که در کار تحقیقاتی نتیجه گیری سریعتری بعمل آورند. البته در مقابل هر کار تحقیقی، کارخانه نسبت به دانشکده از نظر مالی تعهداتی دارد و پس از نتیجه گیری نهائی نیز تعهد دیگری بر تعهد قبلی اضافه میشود، این تعهدات که بیشتر بصورت اعتبار مالی است خارج از تعهداتی است که معمولاً برای کمکهای تحصیلی بدانشجویان و یا بصورت بورسهای تحقیقاتی بکادرهای آموزشی میپردازند.

بالاخره در همین کارهای تحقیقاتی در دانشکدهها و یا مراکز اختصاصی است که هر ساله کشفیات جدیدی به عالم داروسازی عرضه میگردد و این کمکهای دوجانبه صاحبان صنایع از نظر مالی و دانشکدههای داروسازی از نظر علمی است که داروسازی در ایالات متحده آمریکا بچنین رشد و وسعت علمی رسیده است....

سئوالات پرفسور

در این موقع پرفسور سئوالات مختلفی درباره وضع داروسازی ایران و آمارهای مربوطه مطرح کردند که من بایشان پاسخ دادم و چون با کمال تأسف ما هنوز آمار دقیقی از داروسازی کشور در یک مرجع صلاحیت دارد دولتی یا صنفی نداریم، بناچار به حافظه ام مراجعه کرده و با توجه باین امر که مدت ۷ سال دبیر جامعه داروسازان ایران بودم آماری در اختیار پرفسور گذاشتم که عیناً در اینجا نقل می کنم و از تمام خوانندگان و همکاران تقاضا دارم در صورتیکه اطلاعات بیشتری در این زمینه دارند و یا در آماری که در زیر اشاره خواهد شد نقایصی دیدند و یا آمار تکمیلی میتوانند بدهند برای ما بفرستند تا همانطور که به پرفسور قول داده ام طی نامه ای آمار کامل و صحیحتری در اختیارشان گذاشته باشم.

آماري که من در اختیار پرفسور گذاشته ام بشرح

زیر بود .

۱- تعداد کل داروسازان ایران : ۲۰۰۰ تا

۲۵۰۰ نفر

۲- تعداد داروخانه های تهران : ۵۰۰ داروخانه

۳- تعداد کل داروخانه های ایران در حدود : ۱۰۰۰

داروپزشکی

داروخانه

۴- تعداد داروسازان مقیم مرکز در حدود :

۱۰۰۰ نفر

۵- اعضاء رسمی جامعه داروسازان ایران :

۷۵۰ نفر

۶- تعداد دانشکده های داروسازی ایران : ۳

دانشکده (در آینده نزدیک با تاسیس دانشکده داروسازی در مشهد به عدد ۴ خواهد رسید) .

۷- تعداد کارخانه داروسازی با سرمایه ایرانی :

۸۰ کارخانه

۸- تعداد کارخانه داروسازی تحت لیسانس :

۲۰ کارخانه

۹- میزان همکاری موسسات دولتی با جوامع صنفی :

وزارت بهداشت با جامعه داروسازان ایران همکاری دارد ولی این همکاری در حد افتتاح يك داروخانه و اظهار نظر درباره مسئول آن است و هنوز آن میزان که در آمریکا معمول است وجود ندارد.

۱۰- میزان همکاری دانشکده های داروسازی با

هم : همانطور که قبلاً گفتم فقط شورای هم آهنگی در چند سال پیش در وزارت علوم بوجود آمده و آنهم عملاً يك بار و چند جلسه بوده ولی امید است در آینده این همکاری بطور وسیع بوجود آید.

۱۱- میزان همکاری دانشکده های داروسازی با

جوامع صنفی : دانشکده داروسازی تهران کم و بیش با صنایع داروسازی (با سرمایه ایران یا تحت لیسانس) تماس دارد ولی همکاری در مراحل بسیار اولیه است و مسلماً باید گسترش بیشتری پیدا کند خصوصاً نمونه همکاری که در ایالات متحده معمول است و شما بسیار خوب تشریح کرده اید میتواند برای ما سرمشقی باشد.

۱۲- میزان همکاری جوامع صنفی و صاحبان صنایع :

متأسفانه در این مورد هم در مراحل بسیار اولیه هستیم.

* * *

تشکر از پرفسور و....

از پرفسور بخاطر علاقه ای که در این گفت و شنود

نشان داد صمیمانه تشکر کردم و آرزوی خود را که دیدار مجدد ایشان در تهران باشد یاد آور شدم تا بدین ترتیب از تجربیات گرانبهای ایشان حداکثر استفاده را بنمائیم. پروفیسور هم متقابلاً از آماری که در اختیارش گذاشتم تشکر کرد (آنطور که فهمیدم در مراجعه با فرادجواب درستی دریافت نداشتند البته من متذکر شدم که ممکن است بعضی از این آمارها و اظهار نظرها دقیق نباشد و با دریافت آدرس پروفیسور قول دادم که در آینده مکاتبه کنم و آماری دقیقتر در اختیار ایشان بگذارم) محیط صمیمانه‌ای بود و پس از چند ساعت من کوچکترین آثار خستگی در پروفیسور ندیدم احساس می‌کردم بکار و بحرفه خود عشق می‌ورزد و اگر بتواند حتی یک قدم مثبت در جهت راهنمایی ما بردارد عمیقاً خوشحال خواهد شد. او دلش میخواست تمام ساعات و دقائق را در اختیار کادرها باشد از اوسوال کنند و اوجواب دهد، او مایل بود که وجودش در طول اقامت برای دانشکده مثمر ثمری باشد و در او دنیائی از عاطفه و انسانیت دیدم خنده‌اش بی ریا و نگاهش بسیار صمیمانه بود...

نتیجه

نمیدانم پروفیسور هگر گزارشی بر رئیس دانشگاه تهران

و یا رئیس دانشکده داروسازی داده؟ و اگر هم داده (که مسلماً باید داده باشد) از متن آن اطلاعی ندارم ولی فکر می‌کنم این «گفت و شنود» خود میتواند گزارش گویائی برای یک نتیجه گیری صحیح از مسافرت پروفیسور به تهران برای اظهار نظر درباره دانشکده داروسازی تهران و شکل کار حال و آینده ما، باشد.

اگر هدف دانشگاه از این دعوت استفاده از تجربیات یک شخصیت بزرگ داروسازی برای پی‌ریزی یک شکل کار صحیح جهت آینده بود، فکر می‌کنم باین هدف خود رسیده است و اکنون وظیفه دانشکده‌های داروسازی و خصوصاً رئیس جوان و پرتوان دانشکده داروسازی تهران است که از این ایده‌ها الهام بگیرد و در راهی که باید، گام بردارد. دانشکده‌های داروسازی اصفهان و تبریز و همچنین جامعه داروسازان و سندیکی مراکز تولیدی یعنی کارخانه‌های داروسازی هم وظیفه دارند در این همگامی نقش مؤثر خود را نشان دهند تا بتوانیم تمام جوامع داروسازی را بطرف یک کار فعال و پرتمر یکشانیم و اعتبار داروسازی را در میهن خود، بمرحله‌ای که شایسته مقام علمی و جهانی آنست، برسانیم.

دکتر عبدر بانی

چند توضیح درباره سرمقاله شماره گذشته

دوست و همکار عزیزم آقای دکتر رهگذر رئیس اداره آموزش دانشکده داروسازی تهران پس از انتشار شماره گذشته از من گله کردند که گفته‌ایم ایشان را بدستی نقل نکرده‌ام ایشان اظهار داشتند که نگفته‌اند؛ «دانشکده در وجود آوردن برنامه لیسانس نقشی نداشته» بلکه گفته‌اند: «رئیس اداره آموزش (یعنی خودشان) در بوجود آوردن برنامه لیسانس نقشی نداشته‌اند».... که بدینوسیله ضمن اظهار تأسف با عرض معذرت تصحیح میشود.

متأسفانه با تمام توجه توأم با وسواسی که داشتم در سرمقاله شماره گذشته در ذکر اسامی کادرهای آموزشی رشته داروسازی جالینوسی و صنعتی، نام آقای دکتر رهگذر را فراموش کردم که بدینوسیله تصحیح میشود. از اینکه در یک مقاله دوبار در مورد یک همکار اشتباه کردم، متأسفم ولی صادقانه میگویم که نظری نداشتم.

یکبار دیگر متذکر می‌شوم که بهیچوجه ادعا ندارم نوشته‌هایم بدون نقص است. البته کوشش می‌کنم که قبل از هر نوشته‌ای مشورت لازم و کافی بعمل آورم ولی باز هم امکان اشتباه همیشه موجود است و فقط تذکر شفاهی کتبی و یا حتی تلفنی همکاران میتواند هراشتباهی را اصلاح نماید. امیدوارم روش گذشته و آینده مجله نشان دهنده این امر باشد که نظرات شخصی و یا هدف‌های شخصی هیچوقت مطرح نبوده و نخواهد بود....

سخنی چند در پیرامون

سی و یکمین کنگره بین المللی علوم داروئی

پیشنهاد: تشکیل مجمعی برای جلوگیری از مصرف روزافزون دارو

این کنگره از تاریخ ۱۶ شهریور تا ۲۲ شهریور ۱۳۵۰ در واشنگتن منعقد شد.

اولین مجمع بین المللی داروسازی در حدود ۶۰ سال قبل یعنی در ۱۹۱۲ در شهر لاهه تشکیل شد.

این سازمان تامت زمانی تنهامجمع و یگانه سازمان بین المللی علوم داروسازی بود و میتوان گفت از این تاریخ است که علوم داروئی از نظر علمی و عملی مورد توجه خاص داروسازان - شیمیست ها و بیوشیمیست ها قرار گرفت و بتدریج سازمانهای دیگری از قبیل:

(Pan American Federation of Pharmacy and Biochemistry)

(Federation of Asian Pharmaceutical Association = FAPA)

وجود آمده کنگره امسال یعنی سی و یکمین کنگره بین المللی

داروئی که با شرکت بیش از ۱۲۰۰ نفر از ۴۰ کشور جهان در واشنگتن تشکیل شده بود، پیرامون موضوع های مختلف از قبیل: اثر داروها - استروئیدها - مقررات داروئی - استانداردهای داروئی - گیاهان داروئی - سمیت داروها - داروهای سنتتیک و غیره بحث شد.

یکی از موضوع هایی که بیش از پیش قابل توجه میباشد موضوع ازدیاد روزافزون داروهای شیمیائی و اختصاصی است که متأسفانه بعادت و یا بفلط برای مردم مصرف آن حکم نقل و نبات را پیدا کرده است.

موضوع فارماکومانی یعنی عشق و علاقه و یا عادت بمصرف زیاد دارو و همچنین توکسیکومانی یعنی عادت باستعمال سم از قبیل تریاک کوکائین - حشیش - ماری جوآنا و غیره - بلائی است بزرگ که بخصوص در دهه اخیر دامنگیر بشریت بویژه نسل جوان شده است.

متأسفانه تعداد مبتلایان به فارماکومانی و توکسیکومانی با پیشرفت شیمی از یکطرف و تمدن از طرف دیگر روبه افزایش است و حقیقتاً باید این عادات رایج نوع بلای خانمان سوز برای جامعه بشری دانست. نویسنده که مرتباً از ۱۹۵۶ در این قبیل کنگره ها (علوم داروئی - مواد خوراکی و پزشکی) شرکت داشته بموقع نظرات خویش را در این زمینه ابراز داشته است و امروزه سازمانهای مسئول و بین المللی مانند: سازمان بهداشت جهانی، سازمان خوراک و کشاورزی، یونسکو و غیره بیش از پیش به خطرات و اثرات سوء این داروها پی برده و مرتباً و همه ساله تعدادی از آنها را از فارماکوپه ها حذف نموده و آنها را از تراپوتیک خارج مینمایند.

فاجعه تالیدومید که بنام های تجارتنی تالومید، سوفتون، کنترگان و غیره بعنوان داروی آرام بخش ساخته و تبلیغ و مصرف میشد و منجر به ناقص الخلقه شدن هزاران هزار نوزاد گشت هنوز از خاطره ها محو نشده است.



مجله محترم دارو پزشکی با اجازه نظام پزشکی

این روزها بحث داغی هست بنام دارو. و چه الم شنگه ای. که همیشه هم دیده ایم کافی بوده یکی سرش را باز کند و دیگر وانفسا! هر کسی خود را مجاز می بیند هر چه دلش خواست بگوید که این اواخر مثلاً نماینده بار فروشان اهواز از ناسامانی دارو گلایه فرموده بودند!! و این سر نخ را جناب استاد دکتر صالح بدست ملت دادند که مردم دواها را مثل نخود و کشمش میل میفرمایند؟! و بعد هم باقی قضایا.. و این بنده هم که اهل مقاله نویسی نبودم تحت تأثیر این همه قیل و مقال هوای قلم کردم با اجازه بزرگترها چند خطی قلمی کردیم تا اگر بیازیمان گرفتند و چایش زدند «هوی»

باشد در مقابل آنهمه «های». این بحث ما که دواها بی اثرند و دواها گرانند و داروخانه ها نادرستند و از خدا بیخبر و.... تازگی ندارد اما مگر این حرفها برای تمام رشته ها نیست؟ مثلاً زبانم لال برای پزشکی؟

چندی پیش در يك نمایشنامه تلویزیونی بازیگر بیگناهی ضمن شیرینکاریها اشاره ای به اطبانمود و فردای آنروز تیر درشت روزنامه های یومیه همه پر بود از سروصدای نظام پزشکی که چنین و چنانی هم که گفتید نیست و باید عذرخواهی شود و.... خوب الحمداله جامعه اطبا سرو صورتی گرفته است و اگر روزی روزگاری کسی

حساسیت که اکثر مردم کم و بیش بدان گرفتارند یکی از علل و نتایج رآکسیونهای این مواد دارویی در بدن میباشد.

البته واضح است که داروهای سنتتیک و شیمیائی که امروزه بی حد و حصر بدست بشر ساخته میشود نمیتوانند بی خطر باشند چه دقت و فرصت کافی برای بدست آوردن نتیجه و اثرات سوء آن در بدن در دست ما نیست یعنی برای آنکه ما حقیقتاً بدانیم آیا دارویی دارائی سمیت نیست اولاً باید روی انسان امتحان شود و نه حیوان آنهم روی ده ها بلکه صدها نوع انسان امتحان نمود چه بطوریکه میدانیم ما انواع بیماران داریم نه انواع بیماری در سمیت و در صدق عرایض بالا همینقدر بس که امروزه داروهائی که ده ها سال مورد تجویز و اعتماد بوده و از داروهای کلاسیک و مفید متداول بشمار میرفت مانند: فناستین و سولفا گوانیدین آنها را از فارماکوپه ها و تراپوتیک خارج ساخته و میسازند.

امروزه در پایتخت های مهم کشورهای پیشرفته مجامعی برای جلوگیری از مصرف روز افزون دارو تشکیل شده که بجا است در ایران نیز هر چه زودتر چنین مجمعی رسماً بوجود آید. من باب مثال برای نشان دادن مصرف زیاد دارو در دنیا کافی است بدانیم که مثلاً در کشور سوئیس روزانه دویست هزار نفر برای خرید دارو به داروخانه مراجعه میکنند.

اینجانب همیشه معتقد بوده و هست که :

دارو غذا نیست، اگر هم سم نباشد، اقلاً دارو است.

عقیده و آرزوی نویسنده آنست که اولاً باید تعداد داروها بحد اقل محدود بشود ثانیاً دارو باید جنبه تجارتی خود را بکلی از دست بدهد و فقط اقلام بسیار لازم و مفید آنها در دست مؤسسات بهداشتی و بین المللی قرار گیرد تا آنهم عنداللزوم و بطور رایگان مثل واکسیناسیون و با ویا تلقیح آبله تجویز گردد

حرف ناحسابی بزند نظام پزشکی هست و وادارش میکنند حرفش را پس بگیرد و البته همین نظام پزشکی که بالای چشمش ابرو است را نمیتواند تحمل کند هر روز در نشریات یومیه کلی دستورات بلند بالا که هیچ اربابی بنوکرش نمیدهد به این داروسازان بخت برگشته که گوئی برای فرمانبرداری حضرات درست شده اند حواله میفرمایند.

واما! داروسازی که، از دیر باز رسته ای بوده است متکی بر علم و هنر و داروساز نیز همانند دیگر همکاران پزشکی پیشه خود میبایست پایه های کار خود را بر مبنای شرافت استوار سازد و یقین است بحرمت امضائی که در پای سوگندنامه خویش قلم زده از راه انسانی بدر نخواهد رفت و اگر رفت منحت است و محکوم که این نیز تازگی ندارد و در همه مشاغل هست.

اما از اقلیت انگشت شمار که بگذریم باید گفت که اصولا کار پزشک و دارو و روابط آن با بیمار باید بر اساس اطمینان متقابل باشد و بدیهی است که این اطمینان حاصل نخواهد شد مگر با کمک های اصولی دستگاه بهداشتی و مردم.

واما آخرین قسمت تراژدی در داروخانه؟ یا جائیکه داروی تهیه شده از هر گوشه دنیا و بهر صورت به بیمار تحویل داده میشود. مطابق قوانین هر داروخانه ای در تمام ساعات مفتوح باید زیر نظر دکتر داروساز اداره شود و نسخه ها نیز باید توسط همان دکتر داروساز کنترل و به دست بیمار داده شود. و اگر دکتر داروخانه مثلا برای یک ساعت محل کارش را ترك میکند نباید از داروخانه نسخه پیچی بشود البته اینها همه قوانین است و آنها که روزی نشسته اند و این قوانین را نوشته اند یقینا آنها منظورشان بر کردن کتاب قانون نبوده است!!

بلکه باطمینان همین نوشته حیات انسانها را بدست دکه ای بنام داروخانه سپرده اند و هرگز اجازه نداده اند و مثلا نگفته اند که خوب اگر دکتر داروساز هم نبود اشکالی ندارد پادوهای ایشان همه در حکم دکترند و میتوانند کار مردم را راه بیندازند. اما حالا که اینطوری نیست و بلکه هر کس

از راه برسد میتواند داروخانه ای باز کند و برای خالی نبودن عریضه دکتری هم استخدام کند که هفته ای دوسه ساعت با نجاسر کشی کند و نتیجه این شده است که داروخانه چیزی بشود در ردیف بقالی!! و برای داروخانه چی غیر مجاز که هدفی جز سوداگری نیست و مسئولیتی در این میان ندارد چه تفاوت که خریدارش کیست و کالائی که عرضه میکند چگونه و از همه بالاتر اینکه در این فن آگاهی ندارد و تاجری است خواهان سودی بیشتر و اینجا است که جان افراد به مخاطره میافتد و بسا اتفاقات ناگوار نیز که ما شاهد بوده ایم اما عیب کار کجاست و چرا این عیب را که مسئولین هم میدانند بر طرف نمیکند؟ معلوم نیست.

مثل این است که بگویند از فردا این آقایانی که در مطب دکترها نمره میدهند حق دارند بیماران را معاینه کنند یا مثلا بگویند هر کسی حق دارد مطب دندان پزشکی افتتاح کند اما باید دکتر هم استخدام کند و ببینید چه محشری میشود. و حالا پیشنهادی به نظام پزشکی که بحمداله قدرت هم دارد.

بیائید نظامنامه داروسازی را هم جزو نظام پزشکی کنید و دکتر داروساز را هم که تصور میکنم از همکاران خود شماست به همکاری بپذیرید در ردیف مطب و آنقدر سخت گیری کنید تا همه قوانین مربوط به داروخانه اجرا شود.

در آن صورت خواهید دید که اگر نه همه بلکه قسمت اعظم امور داروئی مملکت حل خواهد شد چرا که حرفه داروسازی از آن داروساز است و حفظ شرافت این حرفه نیز بعهده او.

اما اگر نتوانستید اینکار را انجام دهید لااقل شما را بخدا اینقدر چپ و راست دستورات جدید صادر نفرمائید آنهم با این لحن های دلفریب. چرا که اگر بفرض من داروساز بحر فتن گوش کردم مثلا داروئی بدون نسخه ندادم آنوقت مریض از داروخانه مقابل که روزی شاگرد خود من بوده دارو را خواهد خرید و تصویری برایش نمی ماند جز اینکه من از راه بیسوادی عاجز از دادن دارو بوده ام و بس. باتقدیم احترام - دکتر محمد حسین جزایری

در پاسخ مقاله یکی از همکاران

همکار ارجمند جناب آقای دکتر عبدربانی

- « مجله ماهانه رامین در شماره ۱۴۳ صفحه ۴۳ خود اقدام به درج »
- « مقاله‌ای از آقای دکتر حسین نیلی مدیر مسئول داروخانه »
- « حشمتیه نموده که گویا از طرف گروه تکنیسین‌های داروسازان !! »
- « شاید منظورشان گروه پراتیکی باشد » به دفتر مجله ارسال »
- « گردیده. با توجه به مطالب غیر منطقی و استدلال عوام‌فریبانه »
- « و جملات توهین‌آمیز نسبت به جامعه داروسازان کشور انتظار »
- « دارد متن مقاله ضمیمه را جهت اطلاع همکاران و آگاهی و »
- « قضاوت خوانندگان عزیز در مجله ماهانه داروپزشکی منتشر »
- « فرمائید. قبلاً از همکاری جنابعالی سپاسگزارم. »
- « رضائیه - دکتر عبدالخالق جورابچی »
- « رونوشت جهت اطلاع و درج در مجله ماهانه رامین جناب آقای دکتر طراز »

در پست‌های ثابت سازمانی مسئولیت‌های مشخصی را
بعده خواهند گرفت؟

تا آنجا که من اطلاع دارم تکنیسین‌های حقیقی
افرادی هستند که در یک رشته معین به تحصیل و کارآموزی
پرداخته و دارای مدرک تکنیسینی می‌باشند. پست
سازمانی این افراد در هر سازمانی معین و مشخص بوده
و همواره تحت نظر کارشناس یا تکنولوژیست مربوطه
انجام وظیفه مینمایند. این گروه برای هر سازمان
اداری یا بخش خصوصی ارزش فراوان و منزلتی شایان
دارند و در حال حاضر با توجه به نیاز وافر به این طبقه
بسیاری از سازمانهای کشوری با همکاری دانشگاه‌های
کشور اقدام به تاسیس دوره‌های دو ساله تربیت
تکنیسین‌ها نموده‌اند که تمام کسانی که دارای مدرک
دیپلم باشند پس از موفقیت در کنکور رشته مربوطه و
گذراندن دوره فوق باخذ مدرک فوق دیپلم و عنوان
تکنیسین ناآل خواهند آمد. مانند رشته‌های: بهداشت
محیط - علوم آزمایشگاهی - داروسازی - دامپزشکی
داروپزشکی

جناب آقای دکتر نیلی، گوا اینکه مدتی است که
از جابجایی صنف دارو فروش کنار رفته ولی هرگز
نتوانسته‌ام خود را فراموش کنم و علاقه و وابستگی خود
را به جامعه داروسازان کشور نادیده بگیرم.

مطالعه نوشته‌جات جنابعالی در مجله رامین
بشدت مرا متأثر نمود. مطالب غیر منطقی در لاف
نوع پرستی و دلسوزی بسیار مغرضانه و توهین‌آمیز
نسبت به جامعه داروسازان کشور بیان شده، که بنظر
من نمی‌بایست نوشته و درج میشد، بطور حتم هیئت مدیره
جامعه داروسازان که یقیناً مورد تأیید اکثریت همکاران
در هر مقام و منزلتی است بنوبه خود جواب منطقی و
شایسته لازم را خواهند داد.

با وجود این شخصاً مایلیم بعنوان یک داروساز غیر
متعهد با توجه به تجارب و عقاید نظرات شخصی مطالبی
را بعرض برسانم.

اول باید فهمید که تکنیسین‌ها چه افرادی هستند
چه تحصیلاتی دارند و باستاند کدام مدرک علمی و قانونی

برق - مکانیک - نقشه برداری و غیره...

حال نمی دانم آیا گروهی را که جناب آقای دکتر نیلی پرچمدارشان شده از تکنیسین های فوق می باشند یا خیر؟ یقین دارم که گروه تکنیسین های راستین مورد احترام و تأیید کلیه همکاران داروسازان هستند و به حق باید مقام خودشان را در جامعه داروسازان ایران حفظ و حراست نمایند.

منتهی اگر منظور یکعده پادوهای داروخانه و عطاران سابق است که به مرور زمان و از روی تجربه و شکل و فورم ظاهر اقدام به اداره داروخانه و نسخه پیچی و دارو فروشی مینمایند باید اعتراف نمود که جای نهایت تأسف است. اصولاً اینها را با جامعه داروسازان چه ارتباطی است؟

روی چه اصل و منطق و باستناد کدام یک از مقررات قانونی و صنفی شاگرد داروخانه باید همکارو هم حقوق و هم ردیف استادش باشد. مگر در جامعه پزشکان و دندانپزشکان، و اکسیناتور و پیشخدمت مطب یا بهیاران که همگی با مریض و درمان و تأمین بهداشت جامعه رابطه دارند حق عضویت و مداخله دارند؟

اما در مورد گروه پراتیکی ها که وارثان اجداد عطار خود می باشند و به اقتضای شرایط زمان و مکان تا بدانجا پیشرفته اند که سروسامانی به محل کسب خود داده و در امر طبابت و تجویز دارو و نسخه پیچی دخالت نمایند. با توجه به احترام و حفظ شخصیت انسانی و اجتماعی باید دید که از این گروه محترم و جا افتاده که موی سرشان در این کار سفید شده چه می دانند و آیا در کشور ما منحصرند؟ این تیپ دو امتیاز بزرگ دارند. یکی آنکه راحت نسخه ها را می خوانند. دوم خیلی خوب قیمت داروها را حفظ اند. اما مسئله اساسی این گروه عادت و انس گرفتن به کار است.

امثال این نوع پراتیکی ها در سایر رشته ها فراوان است مانند: کشاورزان، کارگران ساختمانها و بناها - کارگران فنی راه سازی - معماران - پزشکیاران - ماماها - روستائی و محلی و غیره...

که هر کدام در کار مربوط بخود دارای تجارب و اطلاعات و کاردانی هائی می باشند که همواره باید تحت نظر و رهبری کارشناسان و تکنولوژیست ها یا مهندسین مربوطه انجام وظیفه نمایند.

داروپزشکی

من فکرمی کنم تمام همکارانم بامن هم عقیده باشند که این اقلیت را به هیچ وجه نباید کنار گذاشت و باید از وجودشان در داروخانه ها استفاده نمود. البته نه بفورم فعلی بلکه کاملاً تحت نظر داروسازان و این گروه هرگز نباید انتظار داشته باشند که جای داروسازان را اشغال نموده و به حق قانونی و مقام علمی آنها تجاوز نمایند.

موضوع مهم و بسیار حساس مشارکت و اجازه سرمایه گذاری این گروه پراتیکی یا سرمایه داران است که اساس بسیاری از اختلافات موجود و وضع آشفته بازار داروئی و داروخانه ها است.

اولیاء امور باید آگاه و مطمئن باشند که اجازه فعالیت، مشارکت و سرمایه گذاری به افراد غیر مسئول وضع درمانی و داروئی کشور را بطور جدی بمخاطره انداخته و مانع بزرگی برای فعالیت امیدبخش داروسازان و دانشجویان علوم داروئی در رشته مربوطه است. وزارت بهداشت و جامعه داروسازان کشور باید برای دانشجویان و فارغ التحصیلان دانشکده های داروسازی و علوم داروئی پست های سازمانی معین و مشخص و تضمین شده ایجاد نمایند. تشکیل صندوق تعاون داروسازان - تخصیص وامهای طولی المدت با بهره مناسب از طرف بانکها یا وزارت بهداشت به فارغ التحصیلان دانشکده های علوم داروئی برای تاسیس داروخانه باید مورد بررسی قرار گیرد. جلوگیری از ورود و عرضه داروهای مشابه، محدود نمودن ارقام داروئی از اقدامات سودمندی است که دو نتیجه مثبت و رضایت بخش به همراه دارد. اول کاهش سرمایه گذاری دوم بهبود وضع آشفته داروئی.

در حال حاضر در بازار داروئی از ارقامی نظیر - تتراسیکلین - کلرامفنیکل - شربت های ضد سرفه - داروهای مسکن - آنتی بیوتیک های گروه پنی سیلین - آرام بخشها و تعداد کثیری از داروهای دیگر از هر کدام دهها نوع با مارک مختلف وجود دارد که در بعضی موارد قیمت ها با هم خیلی اختلاف دارند.

لازم است سؤال شود آیا بین چندین نوع کلرامفنیکل یا تتراسیکلین موجود چه اختلافی ممکن است موجود باشد که به همگی اجازه فعالیت داده اند و چرا بین مثلاً ده نوع تتراسیکلین دو نوع را که هم ارزش داروئی آنها

مورد تأیید مقامات صلاحیت دار است و هم قیمت مناسبی دارند انتخاب نمی گردد؟

و این عمل را چنانکه در مورد سایر ارقام داروئی اجرا نمایند بطور حتم از این آشفتگی موجود بمقدار زیادی جلوگیری خواهد شد و راه را برای فعالیت داروسازان هموار می سازد و در چنین شرایطی امکان تأسیس داروخانه برای فارغ التحصیلان علوم داروئی در نقاط مختلف کشور بر راحتی مقدور خواهد بود.

اگر هدف وزارت بهداشت از اجرای آئین نامه جدید داروسازان امکان تأسیس داروخانه های بیشتر بکمک سرمایه داران و مدرک فارغ التحصیلان دانشکده های علوم داروئی است، باید اعتراف نمود که این طرح نه تنها مشکلی را حل نخواهد کرد بلکه راه برای دخالت افراد غیر مجاز دیگر باز خواهد کرد.

زیرا عملاً دیده شده که داروسازها باید اجیر و محکوم سرمایه دار باشد یا حاملی برای ادامه خلاف کاریهای صاحب داروخانه. مسئولین محترم وزارت بهداشتی باید مطمئن باشند که مقررات آئین نامه جدید داروخانه ها در ۹۷ درصد داروخانه های متعلق به پراتیکی ها یا سرمایه داران غیر قابل اجراست. غیر از معدودی انگشت شمار از داروخانه های کشور نظیر تخت جمشید تهران که یقیناً در سرتاسر ایران تعدادشان به ده عدد نمی رسد بقیه آنها که بوسیله سرمایه داران و پراتیکی ها اداره میشوند در غیاب مسئول فنی نه تنها به کار نسخه پیچی می پردازند بلکه اقدام به تجویز دارو و طبابت نیز مینمایند. کدام پراتیکی در غیاب مسئول فنی درب داروخانه را بسته یا بانصب تابلوی نسخه پیچی تعطیل از دادن نسخه حتی يك تومانی صرف نظر میکند؟ واقعیت انکارناپذیر این است که تا داروساز صاحب حقیقی داروخانه نباشد وضع بهمین منوال خواهد ماند.

اگر این مقررات و آئین نامه برای افتتاح چند درگاه گسترده داروخانه دار، یا داروخانه بزرگ و پرفروشی مفید و سودمند بوده در عوض برای ۹۸ درصد موارد داروخانه های کشور غیر عملی است و تا بحال نتوانسته مشکل داروسازان و دانشجویان علوم داروئی را حل نماید. معدودی منتقدند که با وجود داروهای اسپسیالایته و از بین رفتن نسخه های ترکیبی دیگر

احتیاجی به تخصص نیست و هر کسی مقداری حروف لاتین بلد باشد براحتی می تواند نسخه ای را آماده نماید. در این صورت باید درب دانشکده های علوم داروئی را را بست یا شغل سازمانی دیگری را برای فارغ التحصیلان این رشته پیش بینی نمود.

اگر نسخه پیچی و اداره داروخانه فقط خواندن نسخه و مطابقت آن با شکل و نوشته جعبه دارو و قیمت گذاری است بنا بر این باید به تمام سوپرمارها، فروشگاهها و عطاران و بقال سر کوچه و گذر اجازه داده شود که برای رفاه حال مریض و مردم اقدام به فروش دارو نمایند. شخصاً تا بحال با داروخانه های زیادی در نقاط مختلف کشور همکاری داشته ام از داروخانه های کوچک گرفته تا عظیم ترین و پرفروش ترین آنها و در این مدت شاگرد داروخانه های بسیاری را دیده ام که با چند کلاس ابتدائی و یکی دو سال کار بقدری خوب نسخه های خط مورچه ای را تفسیر و قیمت گذاری میکردند که موجب حیرت مشتریان ظاهر بین میشدند بهر حال تربیت و آماده نمودن این قبیل افراد نسخه خوان برای اداره در آگستورها و سوپرمارهای داروخانه دار کار بسیار ساده است. ولی موضوع به همین جا خاتمه پیدا نمیکند و برای نسخه پیچ آگاهی و شناخت اثرات داروئی خواص فارما کودینامیکی دارو - دوز خوراکی - دوز مهلك تضاد و تجانس داروئی و تأثیرات فیزیکی و شیمیائی محیط بر داروها و کنترل لغزش احتمالی طبیب در بین است. در این صورت به استناد کدام معلومات علمی و فنی و مطابق کدام يك از مقررات قانونی باید به هر شاگرد داروخانه ای اجازه مداخله داد؟

عدم اطلاع از فارما کولوژی - شیمی داروئی و بیوشیمی نزد پراتیکی های موسفید بقدری مشخص است که چنانکه اهل فن مختصری با آنها وارد بحث شود براحتی به عدم آگاهی آنها پی خواهد برد. خاطر من هست روزی پسر محصلی که تابستانها داروخانه کار میکرد از انبار داروخانه مراجعه نمود و گفت عمو بسته لاکتوز را پیدا نمودم فلان جا بود، بعداً سؤال نمود عمو لاکتوز چیست و چه مصرفی دارد؟ عموش جواب داد لاکتوز شیرین است و در نسخه ها بکار میرود. برادرزاده دوباره سؤال نمود از چه ماده تهیه شده و برای چه نوع

خودکشی

بصورت يك «ناخوشی قابل پیشگیری»

درآمده است

۲۵۰ مرکز جلوگیری از خودکشی

در آمریکا

هر روز هزاران تن از افراد بشر در سراسر جهان دارفانی را وداع میگویند ولی مرگ روزی بیش از هزار تن از آنان در اثر حوادث و سوانح است و نه به علت میکرب و بیماری، بلکه این عده شخصا به حیات خویش پایان میبخشند و به عبارت دیگر دست به خودکشی میزنند. علم امروز برای اغلب امراض و عوارض به چاره اندیشی پرداخته و به شیوه هائی برای جلوگیری و یا درمان آنها دست یافته است ولی مسئله خودکشی کماکان لاینحل مانده و راه پیشگیری از مبادرت به آن بدست نیامده است.

از علل عمده اهمال و غفلتی که در این زمینه وجود داشته همانا رویه عمومی نسبت به مرگ و میر ناشی از خودکشی بوده است. زیرا جوامع مختلف بشری بر

بیماری مصرف دارد عموم مقداری سکوت نمود و جواب داد این مخلوطی است از گردشیر و شکر که برای شیرین نمودن ترکیبات تلخ بکار میبرند!! از این قبیل اظهار نظر ها خیلی فراوان است. مسلما کوچکترین ایرادی از طرف من و همکارانم بر آنها نباید وارد آید. چون حقیقتا از آنها انتظاری جز خواندن نسخه و قیمت گذاری نباید داشت

مگر نه این است که در کشور ما زارعین فراوانی وجود دارند که نه تنها موی سر بلکه موی ریش و سبیل خود را در این کار سفید کرده اند و در حد خود اطلاعاتی سطحی در مورد کشت - آبیاری - آیش و زمین دارند آیا تا بحال وزارت کشاورزی یا وزارت علوم مدرکی دال بر تکنیسین کشاورزی یا مهندس کشاورزی در اختیار آنها گذاشته ؟ مگر تا بحال دانشکده فنی ورشته های راه و ساختمان به آن عده معماران یا شاگردان آنها که

حسب مقتضیات فرهنگی خویش خودکشی را به طرقی متفاوت تعبیر کرده اند. برخی آن را تا مرحله شهامت و قهرمانی بالا برده و بعضی نیز جز جبن و ترس علتی دیگر برای آن نشناخته اند و حتی شخصی را که مبادرت با خودکشی نموده مجرم و عامی شمرده اند.

با وصف این دانشمندان امروز صرف نظر از عقاید شرعی و عرفی در این باره به تحقیقاتی دامنه دار پرداخته اند تا موجب ارتکات بشر را به نابودی عمده خویش کشف نمایند و علل آن را بطریقی اصولی و منطقی مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند.

بدین ترتیب رشته پژوهش جدیدی به دانش بشر معاصر افزوده شده که «سویسیدولوژی» و یا «خودکشی شناسی» خوانده میشود.

در سال ۱۹۵۸ فقط سه «مرکز جلوگیری از خودکشی» در سراسر ایالات متحده آمریکا وجود داشت در صورتیکه امروز آن کشور دارای ۲۵۰ مرکز جلوگیری از خودکشی است بطوریکه در هر مرکز عمده جمعیت، لااقل یکی از این قبیل مراکز تاسیس گشته است.

علاوه بر این تعداد ۲۵۰ «خط داغ» خودکشی در آمریکا ایجاد شده که عبارت از تلفن هائی است که

سالهای متمادی در این امور فعالیت داشته اند گواهی مهندس راه و ساختمان اعطا نموده ؟ مگر آنها در حرف خودشان به اندازه يك شاگرد داروخانه یا پراتیک تجربه ندارند ؟

هیچکس منکر این نیست که این گروه ها برای جامعه بسیار سودمند و فعالند ولی هرگز نباید اجازه داد بناحق از حد اطلاعات علمی و فنی خود تجاوز نموده و در کارها و ظایف کارشناسان مربوطه دخالت نمایند. اگر تا بحال نسبت به دخالت گروه پراتیکی ها و سرمایه گذاران در امور داروئی کشور گذشت و اغماض شده دلیل این نیست که گروه مذکور حق مشروع و قانونی دارند؛ بلکه باید اقرار نمود که پشتیبانانی قوی و نفوذ دارند که موفق شده اند کترای افتخاری داروسازان بگیرند و حقوق حقه داروسازان را پایمال نمایند. بنظر می رسد که هدف اساسی جامعه داروسازان کشور باید پایان دادن به این کمدی تراژدی باشد.

داوطلبان تعلیم یافته‌ای پشت آن مہیای کمک به افرادی که از جان خود سیر شده باشند گوش به زنگ نشسته‌اند شماره تلفن‌های «خط داغ» مورد تبلیغ شدید قرار گرفته و بین کلیه افراد جامعه منتشر گشته و پیشنهاد شده است که هر کس به فکر خودکشی افتاد قبل از مبادرت به آن به این شماره‌ها تلفن بزند.

حتی چه بسیار کسانی که دست به خودکشی زده و بعداً در اثر ندامت و حُب جان به یکی از این شماره‌ها تلفن کرده و فوراً تحت معالجه قرار گرفته و از مرگ نجات یافته‌اند.

از جمله تجارب گرانبھائی که «مراکز جلو گیری از خودکشی» و تلفن‌های «خط داغ» تاکنون بدست آورده‌اند اینست که فکر خودکشی هر گز ناگهانی به سر کسی نمی‌زند، بلکه افرادی که مایل بآن می‌گردند معمولاً از مدت‌ها قبل در این مورد به مطالعه می‌پردازند و به اصطلاح برای این کار نقشه میکشند. وقوف بر همین امر باعث شده که در موارد بیشماری از خودکشی افراد جلو گیری بعمل آید.

لذا کسانی که پشت تلفن‌های «خط داغ» نشسته‌اند همیشه منتظر شنیدن صدای زنگ و پاسخ دادن به «فریاد کمک» کسانی هستند که مایلند دشواریهای زندگی خود را با سایرین به میان گذارند و کسی باشد که به درددل آنان گوش دهد و آنها بتوانند به او بگویند «به فریادم برس!» در نتیجه اگر کسی به این فریادها برسد همان طور که مراکز جلو گیری از خودکشی به آن میرسند، بسیاری از این گرفتاری‌ها حل خواهد شد و از مرگ افراد بیشماری جلو گیری خواهد گشت - همانطور که هر روز به کمک تلفن‌های خط داغ و مراکز جلو گیری از خودکشی میشود.

دکتر کالوین فردریک قائم مقام ریاست «مرکز مطالعه جلو گیری از خودکشی» که در سال ۱۹۶۶ از طرف «انستیتوی ملی روانی دولت ایالات متحده» در ۱۶ کیلومتری شمال واشنگتن پایتخت آمریکا تاسیس شده میباشد بر آورد میکند که هر سال بیش از ۵۰۰۰۰ تن از مردم جهان خودکشی میکنند.

وی معتقد است که به پزشکان باید تعلیمات خاصی داده شود تا بتوانند به تمایلات خودکشی در افراد پی ببرند و آن را نیز بتوانند مانند علائم و عوارض

بیماری تشخیص دهند و همچنین برای آشنائی به طرز رفتار با چنین افرادی دوره‌هایی راطی نمایند.

در پاسخ به این سؤال که فنون جلوگیری از خودکشی تاچه اندازه قرین توفیق بوده است دکتر فردریک اظهار داشت که آمار موثقی که در این مورد به دست داریم فعلاً ناچیز است، ولی مرکز مطالعه جلو گیری از خودکشی هم اکنون سرگرم جمع آوری چنین شواهدی میباشد.

معهدا وی خاطر نشان ساخت که «شواهد تواتری» بسیاری در دست است بدین معنی که «مراکز جلو گیری از خودکشی» و تلفن‌های «خط داغ» در اثر برخورد با موارد عدیده و جمع آوری شرح ماجراهای مربوطه اطلاعاتی کسب نموده‌اند که در موارد مشابه در پیشگیری از وقوع خودکشی به آنان کمک‌های گرانبھائی خواهد نمود و موجبات و تسهیل و تسریع کار آنان را در کمک به این قبیل افراد فراهم خواهد ساخت.

پرونده‌هایی که در ۲۵۰ دفتر تلفن‌های خط داغ و در ۲۵۰ مرکز جلو گیری از خودکشی موجود است خود مدارک زنده و گویائی است که مطالعه آنها به امداد گران دریاری به افرادی که قصد خودکشی دارند و ممانعت از پایان بخشیدن آنان به زندگی خویش کمکهای گرانبھائی میکند.

بهر حال مراکز جلو گیری از خودکشی از بدو تاسیس تاکنون موفق گشته است تا نه تنها جان بسیاری از افراد را نجات بخشد بلکه شور و شوق به زندگی و جنب و جوش را در آنان برانگیزد و موانعی را که موجب یاس و حرمان آنان گشته بود از سر راهشان بر طرف سازد و بدین ترتیب حیات آنان را بر اساس مبانی مطمئن و محکمی پی ریزی نماید.

بدین ترتیب کسانی که در اثر ایجاد این مراکز از مرگ نجات یافته‌اند تعادل هیجانی خود را نیز در اثر مساعی متصدیان این قبیل مراکز بازیافته و زندگی و فعالیت را با دلگرمی از سر گرفته‌اند.

این ضوابط نمودار بارزی است مبنی بر اینکه خودکشی بصورت یک ناخوشی قابل پیشگیری درآمده و یا اینکه لااقل آن را میتوان به تدابیری خاص به صورت یک ناخوشی قابل پیشگیری در آورد و هر سال بدین ترتیب جان تعداد بسیاری از افراد بشر را از مرگ نجات داد.

بیا از دست سخته قلبی فرار کنیم!

پزشك، بعد از معاینه، بمن گفت: - بله، وضع شما تعریفی ندارد. سخته قلبی در سن هفتاد و دو سالگی شوخی نیست، قبلاً حادثه‌ای، چیزی برای شما اتفاق افتاد؟
- دکتر جان، سخت تهییج شده بودم.

- چرا؟

- ... شما پریروز در دو امدادی چهار صدمتر شرکت کرده بودید. من در این مسابقه تماشاچی بودم برای خاطر شما بهیجان آمدم و حالا خدمتان هستم ...
پزشك جوان که هیکل يك ورزشكار تمام عیار را داشت از فرط لذت سرخ شد و دستی به دست من زده گفت:

- عیبی ندارد پدر! من شما را معالجه میکنم! طب‌هنوز سخن قطعی خودش را نگفته است شنیده‌اید میگویند «بیا از دست سخته قلبی فرار کنیم؟» پس نشنیده‌اید؟ خیلی خوب، مدت لازم استراحت کنید، بعد شروع به دویدن میکنم.

موقعیکه من برای اولین بار بالباس آبی رنگ ورزشی در خیابان آفتابی شدم سرو وضع واقعاً تعریفی نداشت. دکترم بمن گفت: «بدوید» و کرو نو متر را بکار انداخت. من با سرعتی نزدیک ۱۰ متر در ساعت شروع به دویدن کردم و از تمام اشیاء بی حرکت جلو افتادم!
آدم‌های سالم و قوی هیکل از کنار من میگذشتند و یکی از آنها با تمسخر سوال کرد که نباشد با این سرعت دارم به قبرستان میروم! از آن پس من هر روز میدویدم و دکتر من هر روز با کرو نو متر دنبال من راه میافتاد و روز بروز خبر خوش تری بمن میداد. بزودی موفق شدم از همه آدم‌های علیل و باز نشسته محله‌مان جلو بیافتم. بعد از تمام خانم‌هایی که کفش پاشنه باریک بهامی‌کردند و از تمام برویچه‌هایی که کمتر از پنج سال داشتند جلو می‌افتادم. سرانجام توفیق یافتم همپای آدم‌های سالم و قوی هیکل بدم و آنها دیگر بریش من نمیخندیدند.

دکتر من دستهایش را بهم میسائید و میگفت: - صبر کن پدر. کاری میکنم که فردا پس فردا عضو تیم ملی بشوی و در دو امدادی چهار صدمتر شرکت کنی. فقط باید کمی

دار و پزشکی

صبر کنی تا صدمتر را ظرف ۱۰ ثانیه بدوی!

بالاخره آن روز موعد فرا رسید. تریبون‌های ورزشگاه مملو از جمعیت بود. خورشید برق‌میزد و همه جا پرچم‌های ورزشی در اهتزاز بود. دکتر من با کرو نو متر خودش کنار من ایستاده بود و مرتب سیگار میکشید. من میدیدم که اوسخت بهیجان آمده است.

بالاخره صدای بلندی از بلند گو شنیده شد.
- حالا مسابقه نهائی دو امدادی چهار در صدمتر شروع میشود. توجه شما را به دهنده آخرین دور مسابقه، آلفرد ژورافسکی و ورزشکار هفتاد و سه ساله جلب میکنیم.

او نمونه طول عمر در ورزش بحساب می‌آید.
من کاملاً راحت بودم زیرا میدانستم که قهرمان میشوم. عکس این مطلب بهیچوجه صادق نبود.

باری، موقعیکه نوار پایان مسابقه را قطع کردم ورزشگاه به يك پارچه هلهله و کف زدن مبدل شد. مرا در آغوش می‌گرفتند و میبوسیدند و از من عکس می‌گرفتند من لبخند می‌زدم و چیزی توی میکرو فنی که زیر لبم گرفته بودند میگفتم. بالاخره موفق شدم خودم را به دکترم برسانم تا پیروزی مشترکمان را به او تبریک بگویم...

اما دکتر من روی برانکار افتاده بود. دوروبر او عده‌ای دکتر تقلا میکردند و يك آمبولانس سفید رنگ در نزدیکی دیده میشد. رنگ بصورت دکتر نبود. کرو نو متر هنوز هم در دست چپش بود. من به برانکار نزدیک شدم و از یکی از دکترها پرسیدم:

- چطور شده؟

یکی از دکترها با قیافه عبوسی گفت: - سخته کرده. خیلی برای شما نگران بود و قلبش طاقت نیاورد. دکتر من با قیافه غم‌زده‌ای بمن نگاه کرد و با صدائی که بزحمت شنیده میشد گفت:

- پدر، دیدی چطور شد؟

من دستی به دستش زدم و گفتم:

- عیبی ندارد پدرم. من معالجه‌ات میکنم. طب هنوز سخن قطعی خودش را نگفته است. شنیده‌ای که میگویند «بیا از دست سخته قلبی فرار کنیم!» شنیدی؟ خیلی خوب، مدت لازم استراحت میکنی و بعد شروع به دویدن میکنیم!

نامه آقای نخست وزیر

بمناسبت دهمین سال انتشار مجله داروپزشکی



جناب آقای دکتر محمدعلی عبدالهی صاحب امتیاز مجله داروپزشکی - تهران

آغاز دهمین سال انتشار مجله داروپزشکی را که مصادف با اول آذر می باشد به جنابعالی و دیگر کسانی که در تهیه مطالب این نشریه تخصصی یا جنابعالی همکاری دارند صمیمانه شادباش میگویم و کامیابی همه را در ادامه این خدمت مفید خواهانم.
امیر عباس هویدا

اسخ مجله :

جناب آقای امیر عباس هویدا
نخست وزیر محترم ایران

دریافت شادباش صمیمانه آن جناب بمناسبت آغاز دهمین سال انتشار ماهنامه داروپزشکی مایه مسرت اینجناب تمام اعضای هیئت تحریریه گردید.

از بذل توجه خاص آن جناب نسبت به نویسندگان و کارکنان مجله داروپزشکی، از طرف خود و هیئت تحریریه، صمیمانه تشکر کرده، آرزوی کنیم که برنامه دولت آنجناب را نزدیکی با مطبوعات کشور (که مسئولیت سنگینی را در دای وظایف اجتماعی خود به عهده گرفته اند)، هر روز گسترش بیشتری پیدا کند. امید است که این نزدیکی و همبستگی میقتضی شود تا در راه انقلاب آموزشی و اجتماعی ایران مفیدتر واقع گردد.

با تقدیم احترام و عرض تشکر - دکتر محمدعلی عبدالهی

نامه آقای وزیر اطلاعات



جناب آقای دکتر محمدعلی عبدالهی مدیر مجله داروپزشکی

تبریکات صمیمانه خود را بمناسبت سالگرد آن نشریه گرامی تقدیم نموده، مزید تسوئیق جنابعالی را در ادامه خدمات مطبوعاتی از خداوند متعال مسئلت دارم.

وزیر اطلاعات - حمید رهنما

پاسخ مجله :

جناب آقای حمید رهنما
وزیر محترم اطلاعات

تبریکات صمیمانه آن جناب بمناسبت سالگرد انتشار مجله داروپزشکی مایه مسرت و سپاس اینجناب و تمام اعضای هیئت تحریریه گردید. با توجه به سابقه آن جناب در کار مطبوعات کشور، شکی نیست که به نقش خطیر صاحبان مطبوعات و نوع مشکلات آنها آگاهی کامل دارید. امید است که زمینه مساعدتری فراهم آورید تا مطبوعات اصیل کشور بتوانند وظیفه سنگین میهنی و اجتماعی خود را به نحو شایسته تر به انجام برسانند.

با تقدیم احترام و عرض تشکر - دکتر محمدعلی عبدالهی

داروپزشکی

متن تلگرام شهری بر رئیس دانشگاه تهران بمناسبت
تجدید دوره دکترای داروسازی



جناب آقای دکتر نهاوندی
رئیس محبوب و دانشمند دانشگاه تهران
هیأت تحریریه مجله داروپزشکی بنام عده‌ای از اعضاء
کادر آموزشی و دانشجویان دانشکده‌های داروسازی و پزشکی،
اقدام صادقانه و واقع بینانه آن جناب را در تجدید دوره دکترای
داروسازی در دانشگاه تهران صمیمانه تبریک میگویند و آنرا
نشانه‌ای از برنامه‌های مرفعی آنجناب در راه اعتلای هرچه بیشتر
دانشگاه تهران میدانند.
تقاضا داریم بهترین سپاس و عمیقترین احترامات ما را بپذیرید.
از طرف هیأت تحریریه - دکتر عبدربانی

متن پاسخ آقای رئیس دانشگاه :

دوست گرامی آقای دکتر عبدربانی - مدیر محترم مجله داروپزشکی
از وصول تلگرام محبت آمیز جنابعالی و اظهار لطف اعضای محترم
هیأت تحریریه مجله ارزنده داروپزشکی نسبت بدانشگاه تهران
صمیمانه متشکرم.
مقابلا مزید توفیقات عالی را مسئلت دارم. رئیس دانشگاه تهران

انتخابات جامعه داروسازان ایران و انتخاب هیأت مدیره دوره چهاردهم

انتخابات جامعه داروسازان ایران برای انتخاب هیأت مدیره جدید (دوره چهاردهم) در روز
جمعه پنجم آذرماه ۱۳۵۰ در محل جامعه داروسازان ایران انجام گرفت و در نتیجه ۱۱ نفر به ترتیب آراء
بشرح زیر برای مدت دو سال بعنوان اعضاء هیأت مدیره انتخاب شده‌اند:
آقایان: دکتر رحیم قادری نژاد - دکتر محمد هادی عبدربانی - دکتر پرویز مهربانی - دکتر مسیح اله
ذوالقدری - دکتر عبدالعلی امامی خوئی - دکتر فیاض فیضی - دکتر خانیبایی - دکتر مسعود سیاهپوش - دکتر
اصغر شاهرخی دکتر جهانگیر فرجاد آزاد - دکتر ابوالفضل رسولیان
هیئت مدیره در اولین جلسه رسمی خود در روز چهارشنبه ۱۰/۹/۵۰ هیئت رئیسه خود را بشرح
زیر تعیین کرد:

آقای دکتر قادری نژاد رئیس

- دکتر عبدربانی نایب رئیس
- دکتر امامی دبیر و سخنگو
- دکتر فیضی خزانه دار
- دکتر مهربانی رئیس روابط عمومی
- دکتر ذوالقدری منشی

آقایان دکتر سیاهپوش و دکتر فرجاد بازرس

آقایان دکتر شاهرخی و دکتر رسولیان مسئول امور شهرستانها
انتخاب هیئت رئیسه هنوز پایان نیافته و مطالعه برای انتخاب مسئولین دیگر ادامه دارد.

ضيافت هيئت مديره سنديكاي كارفرمايان كارخانه‌ها و لابراتوارهاي داروسازي، آرايشي و بهداشتي بمناسبت انتخاب هيئت مديره جديد جامعه داروسازان ايران



طبق دعوت آقای دکتر مجید خورسند رئیس سندیکای کارفرمایان کارخانه‌ها و لابراتوارهای داروسازی، آرایشی و بهداشتی عصرانه‌ای از طرف هیئت مدیره سندیکای کارفرمایان بافتخار هیئت مدیره جدید جامعه داروسازان ایران در ساعت ۶ بعد از ظهر روز یکشنبه ۵۰/۹/۲۲ در محل سندیکادر خیابان کاخ ترتیب داده شد که در محیطی بسیار دوستانه و صمیمانه تا ساعت ۸ بعد از ظهر ادامه داشت. در این ضیافت آقای دکتر خدابنده رئیس دانشکده داروسازی و عده‌ای از اعضای کادر آموزشی دانشکده داروسازی - تمام اعضای هیئت مدیره جامعه و عده‌ای از اعضاء هیئت مدیره قبلی و همچنین شخصیت‌های دولتی که

بنحوی از انحاء با کار داروسازی ارتباط دارند و بالاخره عده‌ای از داروسازان رشته‌های مختلف شرکت داشتند پس از پذیرائی از مدعوین آقای دکتر خورسند سخنانی در جهت همبستگی داروسازان و لزوم اتحاد و اتفاق آنها در فعالیت صنفی اظهار داشتند که مورد توجه قرار گرفت و آقای دکتر قبادری نژاد رئیس جامعه بعنوان تشکرو همچنین آقای دکتر خدابنده رئیس دانشکده داروسازی در باره وضع داروسازی کشور و برنامه‌های آینده دانشکده نیز مطالبی بیان داشتند آقای دکتر عبیدی از مرحوم دکتر نامدار یاد کردند و گفتند آن مرحوم برای اولین بار مدرسه داروسازی را بدانشکده تبدیل کرد و دکترای داروسازی را بنانهاد و امروز آقای دکتر خدابنده رئیس محترم دانشکده داروسازی همان دکتر را دو باره تجدید کرد آقای دکتر خدابنده در سخنان خود از آقای دکتر نهاوندی رئیس دانشگاه تهران یاد کردند که به گسترش برنامه‌های دانشکده داروسازی علاقه و توجه بسیار نشان میدهند و در تجدید دوره دکترای نقش اساسی داشته‌اند.

آقای دکتر نفیسی بعنوان پیش‌کسوت داروسازی تجربیات چندین ساله خود را بیان داشتند و از داروسازان خواستند که اتحاد و اتفاق خود را حفظ کنند و بالاخره صحبت از اولین کنگره داروسازی بمیان آمد و آقای دکتر مجید خورسند درباره شروع کار این کنگره و مشکلاتی که در بر گزاری آن از روز اول وجود داشت مطالبی اظهار داشتند و از هم‌فکری و همکاری تمام همکاران داروساز در رشته‌های مختلف و خصوصا از آقای دکتر خدابنده و اعضاء کادر آموزشی دانشکده داروسازی و دانشجویان آن صمیمانه تشکر کردند. در همین جلسه همکاران از خدمات آقای دکتر خورسند در بر گزاری این کنگره تجلیل کردند و از زحماتی که در طول کنگره متحمل شدند سپاس‌گزاری نمودند و پس از توضیحات مجدد آقای دکتر خدابنده جلسه در محیطی بسیار دوستانه، در ساعت ۸ بعد از ظهر پایان یافت.

موفقیت يك همكار

وضیافت بافتخار آن

آقای دکتر پرویز مهربانی

عضو هیئت مدیره جدید جامعه داروسازان ایران اخیراً به مقام مدیر کلی سازمان بیمه های اجتماعی ارتقاء یافته اند. از طرف همکاران داروساز و پزشک ایشان در سازمان بیمه های اجتماعی ضیافتی به نهار در هتل کینگز تهران در روز یکشنبه ۲۲/۹/۵۰ داده شده که در آن آقای نیکپور مدیر عامل سازمان بیمه های اجتماعی و عده ای از شخصیت های مملکتی و داروسازی کشور حضور داشتند. پس از صرف نهار که در محیط بسیار دوستانه ای برگزار شد آقای دکتر سید محسن ابطحی رئیس امور داروئی سازمان مطالبی درباره انتصاب آقای دکتر پرویز مهربانی مدیر کل بیمه های اجتماعی از طرف همکاران داروساز و طبیب ایشان، اظهار داشتند و این حسن انتخاب را به آقای نیکپور تبریک گفتند.

آقای نیکپور مدیر عامل

سازمان ضمن اظهار تشکر از سخنان آقای دکتر ابطحی مطالبی درباره گسترش برنامه های آینده سازمان بیمه های اجتماعی ابراز داشتند و نتیجه گرفتند که این برنامه ها به نیروی فعال و فکر جوان و پرتحرک احتیاج دارد و آقای دکتر پرویز مهربانی یکی

امیدواری کردند که صاحبان این حرفه کار خود را بعنوان يك «فريضه» تلقی کنند نه «وظیفه» جلسه تا ساعت ۳/۵ بعد از ظهر در محیط بسیار دوستانه ای ادامه داشت.

داروپزشکی - موفقیت

آقای دکتر پرویز مهربانی که از داروسازان جوان و فعال کشور ما هستند بعنوان موفقیت داروسازان کشور تلقی میگرد و ما امیدواریم ایشان در سمت جدید منشاء خدمات ارزنده ای باشند و ما هم بنوبه خود این موفقیت را به همکار جوان و فعال خود تبریک میگوئیم مضافاً اینکه ایشان اخیراً با تایید داروسازان کشور بعنوان عضو هیئت مدیره جامعه داروسازان ایران نیز انتخاب شده اند و ما این موفقیت دوم را هم بایشان تبریک میگوئیم و امیدواریم بامسئولیت اجتماعی که در عضویت جامعه پیدا کرده اند به خواسته های همکاران داروساز در سازمان بیمه های اجتماعی نیز توجه کافی مبذول دارند.

از این قیافه های جوان و پرتحرک سازمان ماست و من از اینکه میبینم این انتخاب در تمام روزنامه های کشور انعکاسی داشته و با ارسال تلگرام و نامه، به ایشان و با بخود من تبریک میگویند بسیار خوشحالم و آرزوی موفقیت ایشان را دارم،... آنگاه آقای دکتر پرویز مهربانی در سخنان پرشوری پس از تشکر از آقای نیکپور و آقای دکتر ابطحی و کلیه همکاران طبیب و داروساز از انقلاب اداری و انقلاب اجتماعی کشور تحت رهبری شاهنشاه آریا مهر سخن گفتند و در خاتمه آقای صائبی نمایند کارگران و نماینده مجلس نیز مطالبی اظهار داشتند و از نقش مهم صاحبان حرف پزشکی از پزشک و داروساز گرفته تا دندان پزشک و پرستار سخن گفتند و اظهار



● دکتر
درد
نخواهد
کرد؟

آغاز کار

از روزی که بنا بر صلاحدید ریاست معظم دانشگاه افتخار خدمتگذاری دانشکده داروسازی باین جانب محول شد، مورد استقبال گرم همکاران عزیز کادر آموزشی و اداری و دانشجویان قرار گرفتم. روزی نیست که شاهد احساسات محبت آمیز آنها در زمینه های مختلف نباشم. در همه حال احساس میکنم که در اختیار جمعی هستم که آمادگی دارند در راه خدمت بدانشکده و حرفه داروسازی همه امکانات خود را در اختیارم بگذارند و من مخصوصا نمیتوانم احساسات گرم و محبت آمیز دانشجویان عزیز را نسبت به برنامه هایی که در زمینه تجدید دوره دکتری و پیشرفت مهندسی آنها ارائه داده ام فراموش کنم.

تمام اینها وظیفه مراسنگین تر میکنند زیرا ازمیان تمام گفت و شنودها درك میکنم که همه چون من آرزوی اعتلای داروسازی کشور و در راس آن دانشکده داروسازی تهران را که بحق از نظر قدمت مورد احترام دانشکده های مشابه است دارند.

همکاری با ارزش دیگری که شاهد آن بوده وهستم وشما هم اولین اثر آنرا بصورت نشریه خبری دانشکده داروسازی تهران میبینید پیشنهاد همکاران گرامی هیئت تحریریه داروپزشکی است که آمادگی خود را برای درج اخبار دانشکده در مجله داروپزشکی اعلام داشته اند. این هدیه ارزنده بطور جدا گانه بصورت نشریه خبری در اختیار دانشکده داروسازی قرار میگیرد. من نمیدانم از این همکاران عزیز که حاضر شده اند این کار را بطور افتخاری و رایگان انجام دهند چگونه و بچه زبانی تشکر کنم. متاسفانه نمیتوانم از کسی اسم ببرم زیرا آنطور که من استنباط کردم چون این عمل را بعنوان يك وظیفه عادی وساده تلقی میکنند هر گونه تذکر ارزش آنرا میگذارد باید اعتراف کنم که این احساسات بی شائبه بمن نیرو میدهد تا با حرارت بیشتری بخدمت مقدس خود ادامه دهم ومن یقین دارم که این اقدام یعنی انتشار يك نشریه خبری که امیدوارم هر چه زودتر بصورت نشریه خبری وعلمی منتشر شود ومقالات علمی ارزنده همکاران گرامی هم در آن چاپ شود در ترغیب کادرها و دانشجویان بکار و در بالا بردن اعتبار دانشکده ما یکی از عوامل موثر باشد. باین مختصر بعنوان آغاز کار اکتفا میکنم و بهترین سپاس خود را بتمام همکاران دانشکده و دانشجویان تقدیم میدارم و آرزو میکنم که این همکاری وسیع و ثمر بخش ما را به هدف مقدسی که در پیش داریم و آن خدمت بداروسازی کشور است هر چه زودتر برساند.

دکتر عباس خدا بنده

برقراری مجدد دوره دکتری داروسازی

نامه رئیس دانشکده داروسازی و پاسخ آن

۵۰/۹/۴-۲۹۵۲

مقام معظم ریاست دانشگاه تهران

احتراماً بعرض میرساند حسن نیت و عنایت خاص حضرتعالی در زمینه برقراری دوره دکتری دانشکده داروسازی در تماس های نخستین با دانشجویان بوجه احسن تجلی کرده است بنده نیز پس از تفویض افتخار خدمتگزاری در تحقق بخشیدن بمنویات جنابعالی در جهت بهبود و اعتلای این موسسه در حد توانائی کوشا بوده و خواهم بود دانشجویان طالب برقراری دوره دکتری حرفه ای پیوسته همانند دانشکده های پزشکی دندانپزشکی دامپزشکی هستند. اینجانب پس از تبادل نظریا همکاران لزوم تشکیل این دوره را به مدت دو سال پیوسته بدوره چهار ساله کنونی با تغییرات اساسی در مواد درسی بویژه گرایش عملی زیاده تر و جهت یابی نسبی بسوی نیازهای تازه حرفه داروسازی در سطح کشور تایید مینماید.

اینک با استظهار بمنویات منطقی و مساعد سرکار استدعا دارد در صورت موافقت امر فرمایند مراتب مذکور که از نظر دانشجویان جنبه فوری و حیاتی دارد در اولین جلسه شورای دانشگاه تهران مطرح و پس از طی مراحل قانونی بموقع اجرا گذارده شود.

توفیق آن مقام معظم را در تجدید عظمت دانشگاه تهران آرزو دارد.

باتقدیم احترامات

رئیس دانشکده داروسازی - دکتر عباس خدا بنده

۱۳۵۰/۹/۷-۲۴۵۱۲

همکار گرامی آقای دکتر عباس خدا بنده رئیس دانشکده داروسازی

پاسخ بشماره ۲۹۵۲ مورخ ۵۰/۹/۴ همانطور که در نخستین بازدید خود از دانشکده داروسازی در تابستان گذشته و نیز بهنگام انتصاب و معرفی جنابعالی بسمت رئیس دانشکده اظهار داشتم برقراری مجدد دوره دکتری داروسازی را تایید میکنم.

خواهشمندم مراتب را در جلسه مورخ ۵۰/۹/۲۱ شورای دانشگاه مطرح بفرمائید که تصمیم نهائی اتخاذ و ابلاغ شود.

رئیس دانشگاه تهران

توضیح - جلسه فوق العاده شورای دانشگاه در تاریخ ۵۰/۹/۱۴ تشکیل و تجدید دوره دکتری داروسازی تصویب شد.

پروفسور پ. هگر
رئیس دانشکده داروسازی دانشگاه کارولینای شمالی
در دانشکده داروسازی دانشگاه تهران

بعمل آوردند .

آقای پروفسور هگر در طی اقامت ۱۲ روزه خود از دانشکده داروسازی دانشگاه تهران و از آزمایشگاههای آن بازدید کرده و با کادرهای آموزشی دانشکده بطور فردی یا جمعی مذاکره نمودند و در چند روز اول به گردآوری اطلاعات راجع به افراد کادر آموزشی و خدمات تعلیماتی و تدریسی آنها پرداختند و حتی در

برطبق دعوت دانشگاه تهران آقای پروفسور ژرژ-پ. هگر رئیس و استاد دانشکده داروسازی دانشگاه کارولینای شمالی ساعت ۲۲/۵ روز ۱۶ آبانماه ۵۰ وارد تهران شدند. در فرودگاه آقای دکتر خداپننده رئیس دانشکده داروسازی تهران و آقایان دکتر لاله‌زاری استاد دکتر شفیع دانشیار دانشکده و همچنین نماینده اداره روابط بین‌المللی دانشگاه تهران از ایشان استقبال



از راست به چپ: آقایان دکتر رضوانی - دکتر قدسی - دکتر هگندر - خانم دکتر هادی - دکتر شفیع
دکتر مهدیون - دکتر لاله‌زاری - دکتر دریادل - دکتر زرگر - دکتر خداپننده - دکتر مفیدی - دکتر آئینه‌چی -
پروفسور هگر - دکتر یزدانی - دکتر انگجی - دکتر جاوید - دکتر مخانی - دکتر کاراپتیان - دکتر عبدربانی -
خانم قاییدی - دکتر منبری - دکتر وکیل‌زاده

آقای دکتر خدابنده رئیس دانشکده داروسازی تهران با افتخار پروفیسور هگر ضیافتی (عصرانه) در ساعت ۸-۶ بعد از ظهر روز پنجشنبه ۲۷ آبان ۵۰ در باشگاه دانشگاه دادند که در آن معاون پژوهشی دانشگاه و رؤسا

چند کلاس درس از جمله کلاسهای درس شیمی دارویی شیمی آلی و روشهای نوین حضور یافته و بانحوه تدریس آشنائی پیدا کرده و در باره مطالب دروس نیز بررسی بعمل آوردند.



رئیس دانشکده داروسازی و پروفیسور هگر هنگام اهداء تمثال شاهنشاه آریامهر

و استادان بعضی از دانشکدهها و اعضاء کادر آموزشی دانشکده داروسازی شرکت داشتند و يك قاب خاتم کاری مزین به تمثال مبارك شاهنشاه آریامهر از طرف آقای دکتر خدابنده به پروفیسور هگر اهداء گردید. آقای پروفیسور در مدت اقامت خود از موزه جواهران سلطنتی نیز بازدید کردند.

پروفیسور هگر در روز جمعه ۲۸ آبان ماه تهران را ترك گفتند.

آقای پروفیسور هگر در طول اقامت خود با معاون پژوهشی دانشگاه تهران و روسای دانشکدههای پزشکی و بهداشت و استادان دانشکدههای داروسازی - پزشکی و بهداشت تبادل نظر کردند و مذاکرات ایشان با اعضاء کادر آموزشی دانشکده داروسازی بسیار ثمر بخش بود و بگرمی مورد استقبال کادرهای دانشکده داروسازی قرار گرفتند و فعالیتهای دانشکده داروسازی در زمینههای آموزشی و پژوهشی فوق العاده مورد توجه ایشان قرار گرفت.

ضيافت رئيس دانشکده داروسازی

دانشگاه تهران

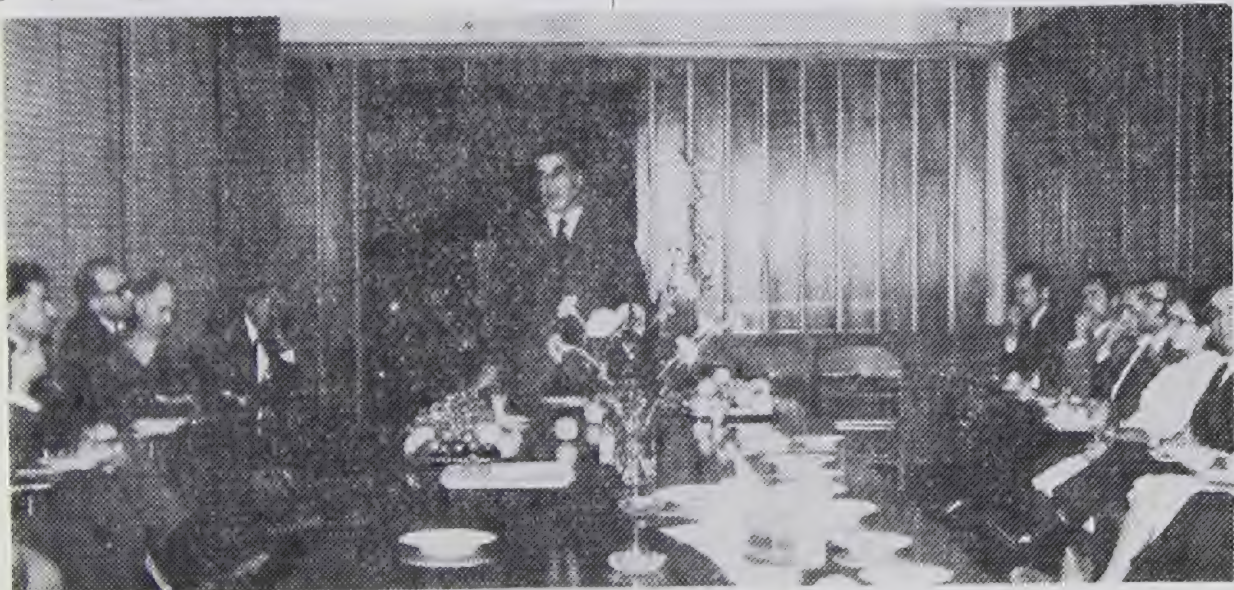
بمناسبت انتخاب هیأت مدیره جدید جامعه داروسازان

جلسه‌امشب نشانه‌ای از يك اتفاق نظر - يك کلامی سخن در جهت یگانگی کار است و آرزوی همه ما اعتلای داروسازی است بجدی که همه بآن افتخار کنیم.

آنچه مربوط به دانشکده داروسازی است، یقین بدانید ما سعی خواهیم کرد همه نوع همکاری در همه زمینه‌ها داشته باشیم ولی تصدیق می‌کنید که این همکاری باید دوجانبه باشد.

بسیار خوشحالم که باطلاع شما می‌رسانم در جهت خواسته همکاران دانشکده و دانشجویان عزیز قدم

از طرف آقای دکتر عباس خدا بنده رئیس دانشکده داروسازی دانشگاه تهران مجلس ضیافت عصر امشب بمناسبت انتخاب هیأت مدیره جدید جامعه داروسازان ایران (دوره چهاردهم) در سالن کنفرانس دانشکده داروسازی دانشگاه تهران داده شد که در آن تمام اعضای هیأت مدیره جدید و اعضای هیأت مدیره سندیکای کارفرمایان صنایع داروسازی - آرایشی و کادرهای آموزشی دانشکده داروسازی تهران شرکت داشتند.



دیگری در جهت اعتلای دانشکده برداشته‌ام و آنهم تجدید دوره دکترای داروسازی است که در جلسه دیشب (یکشنبه ۵۰/۹/۱۴) شورای دانشگاه تهران مطرح و تصویب گردید. مسلماً در گذشته و قبل از من هم در این راه قدم‌های برداشته شده بود ولی شاید مشکلاتی انجام آنرا مقدور ساخت ولی بهر حال اکنون دوره دکترای تجدید شده است و جادارد این موفقیت را بهم تبریک بگوئیم. بیائید گذشته‌ها را فراموش کنیم زیرا آدم عاقل، دورانیش و واقع بین همیشه بآینده فکر می‌کند

ضيافت در ساعت ۶ بعد از ظهر روز دوشنبه ۵۰/۹/۱۵ برگزار شد و تا ساعت ۷/۵ بعد از ظهر در محیطی بسیار دوستانه و آموزنده ادامه داشت، در ابتدا از میهمانان پذیرائی گرمی بعمل آمد و آنگاه آقای دکتر خدا بنده چنین اظهار داشتند:

سخنان رئيس دانشکده داروسازی

همکاران عزیز از طرف همکاران دانشکده و دانشجویان، انتخاب شما را به عضویت هیأت مدیره جامعه داروسازان ایران صمیمانه تبریک می‌گویم و

ولی البته با استفاده از تجربه گذشته.

اگرما داروسازان در تمام رشته‌ها اتحاد و اتفاق داشته باشیم یک دل و یک زبان باشیم هیچ نیرویی نمیتواند در مقابل اراده و خواست ما باشد و من آرزو می‌کنم که این قدمی که امشب برداشته شده بتواند ما را در این مقصودیاری دهد.

شورای دانشگاه تهران در جلسه دیشب تصویب کرد که دوره دکترای شش ساله پیوسته در دانشکده داروسازی تهران تجدید شود. ماسعی خواهیم کرد آموزش داروسازی را از نظر کیفیت آنقدر بالا ببریم که ثمرات آن حتی در اولین دوره فارغ التحصیلان شش ساله جدید، دیده شود و بدون اغراق باید بگویم که ما این موفقیت را به حسن نیت و درایت جناب آقای دکتر نهاوندی رئیس محترم دانشگاه تهران مدیونیم که از روز اولی که بدانشگاه تشریف آوردند برای پیشرفت دانشکده داروسازی توصیه‌های موکد صادر فرموده و هر پیشنهاد مثبتی را در اسرع وقت مورد موافقت قرار میدهند.

ما تصمیم داریم برای آماده ساختن زمینه مساعد در ایجاد همکاری وسیع با صاحبان صنایع داروسازی کشور، کار تازه‌ای آغاز کنیم از جمله ما انکت‌هایی پیش‌بینی کرده‌ایم که گویای احتیاجات کشور در تمام زمینه‌ها باشد. ما این انکت‌ها را مخصوصاً برای صنایع داروسازی کشور خواهیم فرستاد. البته برای موسسات دولتی و ملی نیز این انکت‌ها فرستاده خواهد شد تا احتیاجات آنها در حد امکان از نظر نیروی انسانی در رشته داروسازی معین گردد. ماحتی سعی خواهیم کرد در آینده پایان نامه‌های دانشجویان آنچنان تهیه شود که بتواند در حد احتیاجات موسسات داروئی و بهداشتی کشور باشد.

عده‌ای از همکاران فکر می‌کنند داروسازی که شش سال تحصیل کرده باشد، ممکن است بدنبال کار داروخانه‌داری نرود ولی نباید فراموش کنیم که اکنون سطح تحصیلات در تمام رشته‌ها بالا رفته و خود من در

خارج از کشور شاهد بوده‌ام که یک گارسون تحصیلات لیسانس یا فوق لیسانس داشته در این صورت شش سال تحصیل برای یک داروساز خیلی طبیعی خواهد بود. از طرف دیگر در کنگره اخیر گفته شده که هنوز ۶۰ درصد داروها از خارج وارد کشور میشود و فقط ۴۰ درصد در ایران تهیه میگردد، با چنین وضعی چطوری میتوانیم بگفته آن همکار عزیز که در جریان کنگره گفتند: «ما دیگر احتیاج بکار داروسازی نداریم» صحنه بگذاریم؟ اگر ما بخواهیم آن ۶۰ درصد احتیاجات داروئی کشور را هم در داخل تامین کنیم و از صدور ارز جلوگیری نماییم باید از هم اکنون در فکر آن باشیم و خود را آماده نشان دهیم که با گسترش داروسازی تناسب داشته باشیم مطالب در این باره خیلی زیاد است ولی نمی‌خواهم وقت همکاران عزیز را از این بیشتر بگیرم زیرا یقین دارم در آینده این جلسات ادامه خواهد یافت تا ما باز هم بتوانیم با هم گفتگو کنیم...

سخنان رئیس جامعه داروسازان

آقای دکتر قادری نژاد رئیس جامعه داروسازان از طرف هیأت مدیره چنین اظهار داشتند:
آقای دکتر خدا بنده رئیس محترم دانشکده داروسازی تمام مطالب اصولی را فرموده اند و من چیزی ندارم بآن گفته‌های پر مغز اضافه کنم اما نمیتوانم از گفتن این حقیقت خودداری کنم که تا کنون در دانشکده داروسازی تهران چنین رویه‌ای معمول نبوده و یقیناً انگیزه رئیس محترم دانشکده فقط تجلیل از ما نبوده بلکه با فکر بلندی که دارند هدف بزرگتری را تعقیب می‌کنند و میخواهند تمام نیروی داروسازی را در یک جاد جمع نمایند.

کشور ما اکنون در شرایطی است که میتواند این فکر را عملی سازد. وقتی که رهبر عالی قدر ما در دانشگاه ها وارد فرمودند باید همکاری و انسان دوستی را اول کار قرار دهیم مسلم میشود که باید بین ما داروسازان هم چنین، همکاری‌هایی وجود داشته باشد و باید انسان دوست هم باشیم زیرا افتخار داریم که در خدمت بشریت هستیم.



و در نعمت سلامتی آنها نقش مهمی بعهده داریم.

از همکاران محترم دانشکده و از ریاست محترم دانشکده از طرف همکاران هیات مدیره و خودم صمیمانه تشکر می‌کنم که با ایجاد چنین مجالسی روح صمیمیت و اعتقاد به همکاری را در بین داروسازان بوجود می‌آورند و تقویت می‌کنند و خیلی خوشحالم که امشب مصادف شده با اولین شبی که دوره دکترای داروسازی در دانشکده ما تجدید شده است و ما هم مثل رئیس محترم دانشکده معتقدیم که حسن نیت جناب آقای دکتر نهاوندی رئیس محترم دانشگاه تهران عامل موثری در این تجدید دوره دکترای بوده است. بهر حال ما این موفقیت را به همه داروسازان و خصوصاً به جناب آقای دکتر نهاوندی و جناب آقای دکتر خدا بنده صمیمانه تبریک می‌گوییم. ما این واقعه و این حسن تصادف را بفال نیک می‌گیریم و امیدواریم در مبارزات اصولی آینده نیز موفق شویم.

من فکرمی‌کنم در هر فردی که خود را انسان میدانند باید سه عامل مهم جمع باشد. اول شناخت خود.

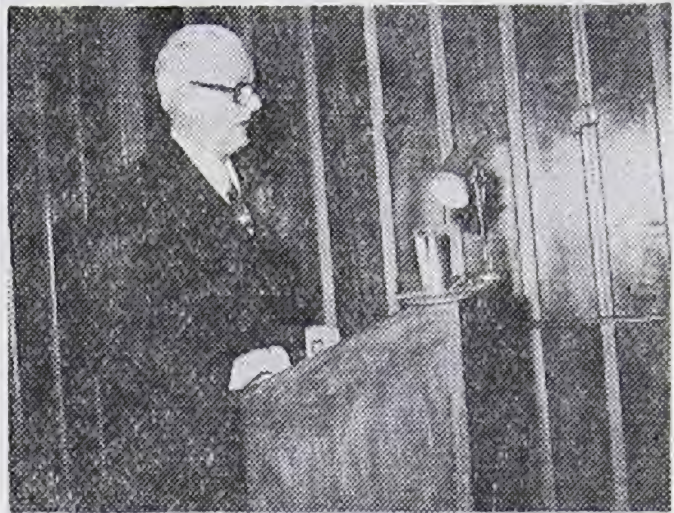
دوم اجتماع و سوم اعتقاد بیک مبدا. البته جلو و عقب گذاشتن اینها مهم نیست ولی باید این سه عامل در هر فردی وجود داشته باشد تا آن فرد بتواند یک خدمتگزار اجتماع معرفی گردد. در اینجا منظور من از اجتماع فقط داروسازان نیست بلکه منظورم تمام مردم است و باید نسبت به مردم هم خدمتگزار باشیم و این سه عامل را با هم مورد توجه قرار دهیم....

اجازه بدهید به سخنانم خاتمه بدهم و بیش از این وقت عزیز شما را نگیرم و یکبار دیگر از ریاست محترم دانشکده و همکاران ایشان بخاطر محبتی که فرموده‌اند از طرف خود و هیأت مدیره جامعه تشکر کنم.



کنفرانس پروفیسور پل ژولم (P. Jaulmes) در دانشکده داروسازی تهران

عضو اصلی کمیسیون فارماکوپه فرانسه میباشند. آقای پروفیسور ژولم صبح روز چهارشنبه سوم آذر ماه ۵۰ در اتاق آقای دکتر خداپننده رئیس دانشکده داروسازی تهران حضور یافته و با ایشان ملاقات کردند و در این ملاقات آقای دکتر عباس نادری رئیس اداره کل امور داروئی وزارت بهداشتی که ضمناً مهماندار پروفیسور در مدت اقامتشان در ایران بودند نیز حضور داشتند. در بعد از ظهر روز شنبه ششم آذرماه قبل از آغاز کنفرانس آقای دکتر انگجی معاون دانشکده داروسازی آقای پروفیسور ژولم را بحضار معرفی کردند (آقای دکتر خداپننده رئیس دانشکده داروسازی بمناسبت بازدید علیاحضرت شهبانو از دانشکده کشاورزی کرج و شرکت در آن مراسم در این کنفرانس حضور نداشتند) و سپس پروفیسور ژولم ضمن کنفرانس مبسوطی از لزوم کنترل



آقای پروفیسور پل ژولم استاد شیمی تجزیه و سم شناسی دانشکده داروسازی مونپلیه فرانسه که بدعوت وزارت بهداشتی برای ایراد چند کنفرانس در باره کنترل دارو و بازدید از موسسات مربوطه به تهران آمده بودند ساعت ۴ بعد از ظهر روز شنبه ۵۰/۹/۶ در دانشکده داروسازی تهران کنفرانسی تحت عنوان: «چرا کنترل داروئی ضرورت دارد؟» ایراد کردند که مورد توجه قرار گرفت.

در این کنفرانس علاوه بر اعضاء کادر آموزشی دانشکده داروسازی و دانشجویان دانشکده عده ای از صاحبان صنایع داروسازی و شخصیت های علمی وزارت بهداشتی شرکت داشتند.

پروفیسور ژولم از سال ۱۹۳۵ استاد شیمی تجزیه و زهر شناسی دانشکده داروسازی مونپلیه فرانسه میباشند و همچنین در انستیتوی «اروپن فارماسی اندوستریل» مونپلیه تدریس می کنند و کارشناس زهر شناسی و تقلبات مواد غذایی در محاکم رسمی وزارت بهداشتی هستند و سمت بازرس کل داروخانه ها را نیز به عهده دارند و



آقای دکتر انگجی معاون دانشکده داروسازی و پروفیسور ژولم داروها سخن گفتند و ضمن اشاره به تجربیات شخصی در طول ۳۵ سال اخیر از اشتباهاتی که در خواندن اتيکت و یا در موقع تحویل دارو پیش می آید و همچنین از اهمیت ناخالصی ها که خطرات زیادی در پیش دارد بحث

نیست ولی در ضمن نباید فراموش کرد که اسپسیالتهای امروز اگر در شرایط خوبی نگاهداری شوند کمتر فاسد میگردند ولی بهر حال مسئله مورد نظر شما در کنترل بسیار مهم است و شاید در برنامه های آینده کنترل دقیقتری معمول گردد.

آقای دکتر لاله زاری استاد دانشکده داروسازی سؤال کردند: آنچه جنابعالی فرمودید بیشتر در مورد مواد اولیه بوده و درباره کنترل داروهای ترکیبی (از نظر کیفی و کمی) که دارای اقلام متعددی - مثلاً الوئس یا تنطورها و غیره - است چه میتوان کرد؟



آقای دکتر لاله زاری از پروفیسور سؤال می کنند

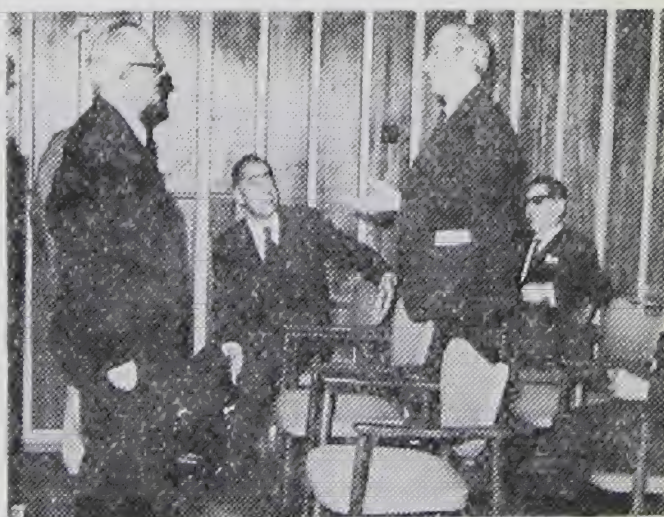
آقای پروفیسور پاسخ دادند: در مورد داروهای ترکیبی روشهای مختلفی وجود دارد که با تغییر یک قلم در جمع یک ترکیب یقیناً روشهای قبلی فرق خواهد کرد و کنترل آنها مشکل و در مواردی غیر ممکن و بطور کلی احتیاج بزمان بیشتری دارد و معمولاً اندازه گیری دقیق کمی مشکل است ولی با استفاده از روشهای کروماتوگرافی میتوان از نظر کیفی کنترل نمود.

آقای دکتر قادری نژاد معاون اسبق دانشکده داروسازی سؤال کردند: در فرانسه برای کنترل داروها در لابراتوارها فقط از کدکس فرانسه استفاده میشود یا روشهای فارماکوپه های بین المللی هم مورد توجه قرار میگیرد؟

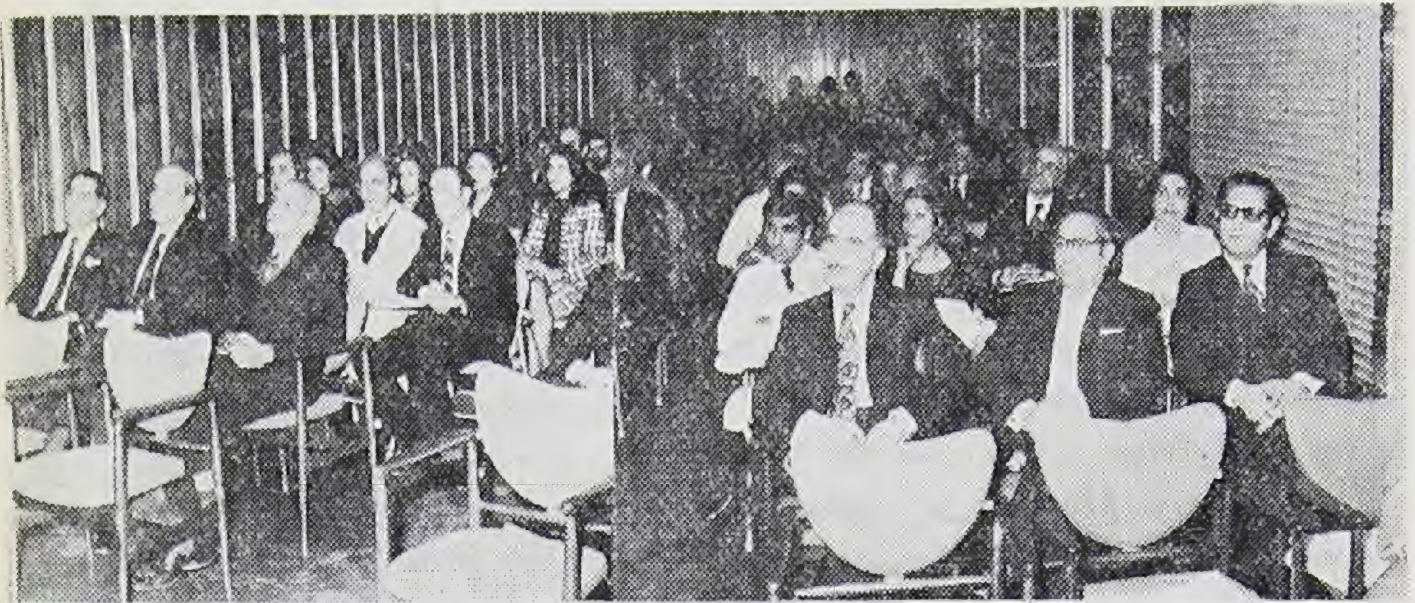
کردند و متذکر شدند که کنترل دارو میتواند از تمام این پیش آمدهای سوء که با جان مردم سروکار دارد جلوگیری نماید و آنگاه به شکل کار کنترل در فرانسه و در ایران (که بعقیده ایشان بسیار پیشرفت کرده) اشاره نمودند و از تعداد لابراتوارها و بخشها و کادرهای آن سخن گفتند و بالاخره چگونگی صدور پروانه ساخت یک داروی جدید را شرح داده و ضمن اشاره به کنترل دارو در ایران کنفرانس خود را با این جملات پایان دادند:

«... دولت شما در سال ۱۹۶۵ بهمین منظور لابراتواری را که در بدو ورود خود بایران از آن بازدید کردم تاسیس کرده است. این لابراتوار تحسین مرا برانگیخت و میدانم که چه کار قابل توجهی بوسیله بنیانگذار آن آقای دکتر نادری و همکاران ایشان صورت گرفته است...»

آنگاه سؤالات مطرح گردید: آقای دکتر باقدیانس استاد و رئیس گروه بیوشیمی دانشگاه تهران سؤال کردند:



آقای دکتر باقدیانس سؤال خود را با پروفیسور در میان می گذارند داروهائی که در داروخانه ها و یا مراکز دیگر ذخیره میگردد ممکن است در اثر مرور زمان فاسد شوند برای کنترل آنها چه پیش بینی هائی شده است؟ آقای پروفیسور پاسخ دادند: معمولاً کنترل وجود دارو ولی مسلماً در این مورد دقت و توجه همه جانبه مقدور



در سائن کنفرانس دانشکده داروسازی تهران هنگام سخنرانی پروفور ژولم

که خواص آنها از هر نظر مسلم شده باشد. آقای دکتر محرابیان مجدداً سؤال کردند: چرا مراکز علمی داروسازی فرانسه یا مراکز علمی داروسازی در سطح بین‌المللی تصمیم نمی‌گیرند که فقط داروهائی مصرف عمومی پیدا کنند که قبلاً وارد فارماکوپه شده باشند؟

آقای پروفور پاسخ دادند: عملاً مقدور نیست. پس از پایان کنفرانس در اطاق رئیس دانشکده داروسازی از پروفور و میهمانان پذیرائی بعمل آمد.

آقای پروفور پاسخ دادند که معمولاً از کدکس فرانسه استفاده میشود ولی مسلماً در موارد لزوم فارماکوپه‌های کشورهای دیگر هم مورد استفاده قرار میگیرد. آقای دکتر محرابیان از وزارت بهداشتی سؤال کردند: تمام داروهائی که امروز مصرف عمومی دارند در کدکس فرانسه یا فارماکوپه‌ها وارد شده‌اند یا خیر؟ آقای پروفور پاسخ دادند: معمولاً کدکس یا فارماکوپه‌ها هر ۱۰ یا ۱۵ سال یکبار تجدید چاپ میشود. بنابراین داروهائی وارد کدکس یا فارماکوپه میشوند

نماینده دانشکده داروسازی در شورای دانشگاه

آقای دکتر سید محسن مجتبائی
استاد تمام وقت دانشکده داروسازی
نظر باینکه بموجب گزارش
شماره ۲۵۲۵ مورخ ۵۰/۸/۲
دانشکده داروسازی اعضای هیأت
علمی دانشکده مزبور جناب عالی
را به نمایندگی آن دانشکده در
شورای دانشگاه انتخاب نموده‌اند
بنابراین بموجب این حکم به سمت
مزبور منصوب میشوند.
رئیس دانشگاه تهران

نماینده دانشکده داروسازی در هیئت ممیزه

آقای دکتر سید ابراهیم انجلی
استاد تمام وقت و معاون دانشکده
داروسازی
نظر باینکه بموجب گزارش
شماره ۲۵۲۵ مورخ ۵۰/۸/۲
دانشکده داروسازی اعضای هیأت
علمی دانشکده مزبور جناب عالی
را به نمایندگی آن دانشکده در
هیأت ممیزه دانشگاه انتخاب
نموده‌اند بنابراین بموجب این
حکم به سمت مزبور منصوب میشوید.
رئیس دانشگاه تهران

نماینده دانشکده داروسازی

در کمیته برنامه‌ریزی

عمرانی پنجم

انتخاب نماینده مطلع و
تام‌الاختیار در کمیته برنامه‌ریزی
عمرانی پنجم در جلسه مورخ
۵۰/۸/۱۲ رؤسا و نمایندگان
گروه‌های دانشکده داروسازی
مطرح و آقای دکتر عباس
خداوند ریاست دانشکده دارو-
سازی با اتفاق آراء بمنظور فوق
انتخاب گردید.

انتقال بدانشکده داروسازی

بموجب حکم شماره ۲۸۰۸۳ مورخ ۵۰/۸/۲۰ ریاست محترم دانشگاه تهران، آقای دکتر عباس خدابنده استاد دانشکده بهداشت و سرپرست دانشکده داروسازی به عضویت اصلی گروه آموزشی سم شناسی و کنترل داروئی و غذائی (که بزودی تغییر نام خواهد داد و آب شناسی هم بآن اضافه میگردد) و منتقل شده اند و همچنین آقای دکتر محمد رضا حاج غفوری نیز بموجب حکم شماره ۳۱۵۲۱ مورخ ۵۰/۸/۲۰ به گروه فوق در دانشکده داروسازی منتقل شده اند.

آرشیو کوروش کبیر

ریاست محترم دانشکده داروسازی تهران
خاطر عالی را مستحضر میدارد.

برای بزرگداشت و تجلیل از جشنهای ۲۵۰۰ ساله شاهنشاهی ایران در کتابخانه متشکله در سازمان فرماندهی ترابری نیروی زمینی شاهنشاهی ایران که در مهرماه سال کوروش کبیر افتتاح میگردد آرشیوی بنام «آرشیو کوروش کبیر» تشکیل شده که کلیه آثار اعم از کتاب نشریه گزارش تبرسکه تصویر و غیره که بنام یادگار و یا یاد بود جشنهای ۲۵۰۰ ساله شاهنشاهی ایران و یا سال کوروش کبیر تهیه و توزیع میگردد جهت این آرشیو جمع آوری و ضبط نماید. خواهشمند است بهر نحو که مصلحت بدانند از انتشارات آن قسمت نسبت

به واگذاری و ارسال دوره کاملی از نشریات مخصوص جشن مورد بحث و سال کوروش کبیر بکتابخانه فرماندهی ترابری اوامر مقتضی صادر و برای آتیه نیز مقرر فرمایند که کتابخانه این قسمت را جزء گیرندگان نشریات آن سازمان که در سال کوروش کبیر توزیع میشود منظور فرمایند قبلاً از همکاری و اوامری که خواهند فرمود سپاسگزاری و تشکر مینماید.

فرمانده ترابری نیروی زمینی شاهنشاهی -
سرلشکر کیومرث صالح

ماموریت علمی و آموزشی

وزارت علوم و آموزش عالی

به آقای دکتر محمد افتخاری استادیار تمام وقت دانشکده داروسازی ماموریت داده شده است بم منظور شرکت در دوره آموزشی بین المللی انرژی اتمی از تاریخ ۵۰/۸/۱۷ لغایت ۵۰/۹/۱۲ به کشور چکسلواکی عزیمت نمایند ولی از بابت هزینه های مربوط به رفت و برگشت و فوق العاده روزانه و عوارض گذرنامه از بودجه دانشگاه وجهی بایشان پرداخت نخواهد شد.

خواهشمند است دستور فرمایند تشریفات لازم را جهت صدور گذرنامه خدمت ایشان معمول و نتیجه را اعلام دارند.

رئیس دانشگاه تهران

متن گزارش رئیس دانشکده داروسازی به رئیس دانشگاه

بمناسبت شرکت در هفتمین کنگره بین المللی روش های استفاده از آب معدنی
مقام معظم ریاست دانشگاه

احتراماً بعرض میرساند اینجانب دکتر عباس خدابنده استاد تمام وقت دانشکده بهداشت برای

شرکت در هفتمین کنگره بین المللی روش های استفاده از آب های معدنی

VII- EME CONGRES INTERNATIONAL DE TECHNIQUE
HYDROTHERMALE.

که از شانزدهم تا نوزدهم سپتامبر ۱۹۷۱ (۲۵ تا ۲۸ شهریورماه ۱۳۵۰) تشکیل شده بود بموجب حکم شماره ۱۷۱۲۰ مورخ ۵۰/۶/۱۰ در تاریخ نوزدهم شهریورماه ۱۳۵۰ بکشور فرانسه عزیمت کردم. توضیح آنکه مقاله ای تحت عنوان «بررسی آب های معدنی ایران» برای دبیرخانه کنگره ارسال شده و مورد قبول قرار گرفته و این پذیرش مجوز سفر کوتاه اینجانب بود.

در شهر پاریس پیش از عزیمت به شهر ویشی که محل برگزاری کنگره بود یکی دو روز فرصت داشتم، روز اول جهت بازدید به آزمایشگاه آکادمی ملی پزشکی فرانسه رفتم رئیس این آزمایشگاه آقای

دکتر Ninard چندی قبل بایران مسافرت کرده بود و درباره آبهای معدنی ایران با ایشان ملاقاتی دست داده بود این آزمایشگاه که بیش از صد و پنجاه سال است تاسیس گردیده است خیلی مدرن و مجهز به دستگاههای دقیق تجزیه خودکار و الکترونیک میباشد و تجزیه و ارزشیابی آبهای معدنی فرانسه و بسیاری از کشورهای دیگر را رسماً بعهده دارد.

با آقای دکتر Ninard در زمینه آبهای معدنی ایران تبادل نظر بعمل آمد و حتی گفتگویی هم درباره اندازه گیری عناصر کمیاب آبهای معدنی ایران و کارهای انجام شده در رشته آبشناسی دانشگاه تهران و تکمیل آنها بکمک دستگاههای گرانهای آن آزمایشگاه انجام گرفت.

فردای آن روز برای آگاهی از آخرین برنامههای آموزشی دانشکده داروسازی پاریس بآن مؤسسه مراجعه شد و جزئیات برنامه چاپ شده سال تحصیلی جاری آنجا اخذ گردید.

روز بعد برای شرکت در کنگره بین المللی به شهر ویشی عزیمت کردم و فردای آن روز کنگره طبق برنامه قبلی کار خود را آغاز کرد این برنامه دارای يك رشته سخنرانیهای رسمی انتخاب شده بنام افراد و کشورهای شرکت کننده و تبادل نظر و بحث درباره آنها و بازدیدهای گوناگون از ایستگاههای آبهای معدنی مرکز فرانسه و تاسیسات درمانی مدرن و مجهز آنها بود.

يك سخنرانی بمدت بیست دقیقه درباره آبهای معدنی ایران باعکس و اسلاید که در برنامه رسمی کنگره چاپ شده بود بوسیله اینجانب انجام گردید و چون برای اولین بار در سطح بین المللی راجع به آبهای معدنی ایران صحبت بمیان آمده بود برای شرکت کنندگان که از کارشناسان درجه اول جهان در این رشته بودند خیلی جالب بود و راجع به بهره برداری درست این سرمایه های پر ارزش طبیعی ایران پیشنهادها و توصیه های زیادی انجام گرفت.

برنامه بعدی دیدار از آخرین پیشرفتهای ایستگاههای مرکزی فرانسه در زمینه تاسیسات و دستگاههای درمانی بود در این بازدیدها با آقای مهندس Aubignat که در امر بهره برداری از چشمه های طبیعی معدنی (Captage) تجربیات طولانی دارد مذاکره شد و حتی ایشان برای اینکار که کار اصلی و اولیه چشمه های معدنی است در صورت دعوت حاضر بمسافرت بایران هم شدند.

در تماس های دیگری که با دانشمندان کشورهای دیگر حتی آمریکا که در این کنگره بودند حاصل شد امکان تبادل مقالات علمی و اطلاع از جلسات و کنگره های گوناگون فراهم گردید.

در برگشت به پاریس از فرصت استفاده شد و با آقای دکتر Coin رئیس آزمایشگاه بهداشت شهر پاریس که مرکز انجام و کنترل کارهای بهداشتی شهر است و میان ما آشنائی پیشین موجود بود دیداری انجام گرفت در این ملاقات در زمینه کاوش و ویروس های آبهای آشامیدنی که یکی از طرحهای تحقیقات رشته آبشناسی است تبادل نظر بعمل آمد و ایشان حتی وسایل لازم را در اختیار اینجانب قرار دادند که پس از تکمیل آن به تجسس و ویروس های گوناگون آبهای تهران و اطراف برای اولین بار اقدام خواهد شد.

روزهای آخر اقامت در پاریس مصادف باروزه های بین المللی داروسازی در دانشکده داروسازی بود بدین سبب موقع را مغتنم شمردم و بازدید سریعی از آزمایشگاه مفصل کارخانجات گوناگون جهانی بعمل آوردم و درباره داروهای جدید اطلاعاتی کسب گردید.

در تاریخ چهارشنبه ۳۱ شهریور ماه ۱۳۵۰ پس از دوازده روز بمیهن عزیز باز گشت نمودم. در پایان از مقام معظم ریاست دانشگاه و معاونان محترم و ریاست دانشکده بهداشت و گروه بهداشت محیط و دفتر روابط بین المللی که امکان و تسهیلات انجام این سفر را فراهم فرمودند سپاسگزاری میکنم و توفیق همه را آرزو مندم.

باتقدیم احترامات

استاد آب شناسی - دکتر عباس خدا بنده

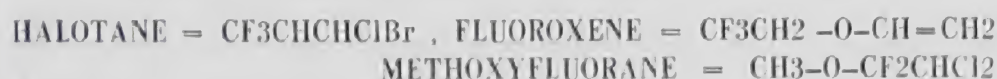
دکتر فرانسووا پوران

گروه شیمی دارویی دانشکده داروسازی تهران

اثر اکسیدهای هالوژنه

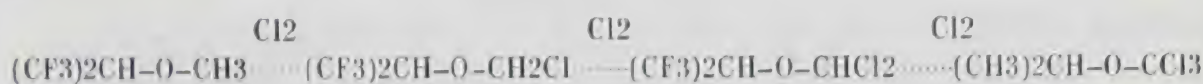
بعنوان بی‌هوش‌کننده‌های عمومی

اولین مطالعه بر روی کربن‌های فلوئوره بعنوان یک داروی بی‌هوش‌کننده توسط Robbins در سال ۱۹۴۶ صورت گرفت و از آن سال تا کنون تعداد متناهی هیدروکربن‌های هالوژنه و همچنین اثرهای هالوژنه سنتز شده و بر روی حیوانات آزمایشگاهی بواسطه دارا بودن اثر بی‌هوش‌کننده مورد مطالعه قرار گرفته‌اند و تعداد انگشت شماری از آن‌ها به کلینیک‌ها و اطباء عمل بیمارستان‌ها راه یافته‌اند از آن جمله‌اند :

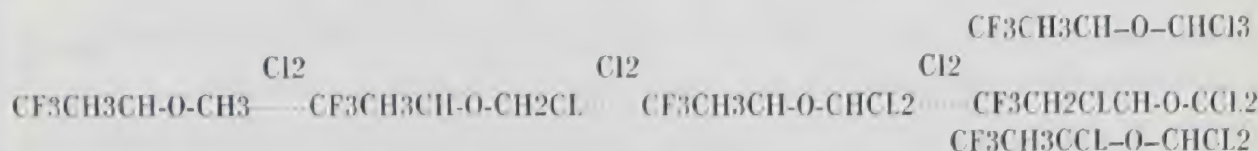


سنتز چندین اتر ناقص و خواص فارماکولوژی آنها و همچنین بیش از بیست استخلاف هالوژنه متیل‌ایزوپروپیل‌ایتر (Methyl Isopropyl Ether) بعنوان بی‌هوش‌کننده عمومی مورد تحقیق قرار گرفته است.

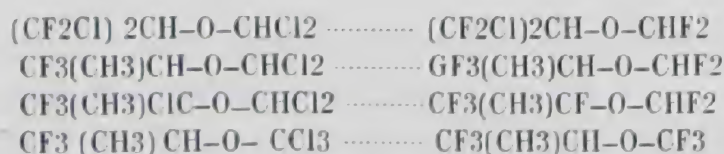
سنتز : استخلاف کلره را میتوان از اثر مقدار محاسبه شده کلر بر روی استخلاف‌های فلوئوره متیل‌ایزوپروپیل‌ایتر بدست آورد و بدین طریق ترکیبات یک، دو و یا سه کلره حاصل میشود.



و همینطور



که تولید ایزومرهای مختلف به نسبت‌های متفاوت میکند و همینطور ممکن است بجای کلراتم فلوئور جایگزین کرد.



بیشترین ترکیبات هالوژنه دارای اثر بی‌هوش‌کننده عمومی بر روی حیوانات آزمایشگاهی بوده و اغلب آنها سمی و باعث مرگ حیوان در عرض ۲۴ ساعت اولیه میشوند.

انسان و نحوه تکامل آن

وقتی مباحث تکاملی موجودات جاندار را مورد مطالعه قرار می‌دهیم باین نتیجه می‌رسیم و این سؤال مطرح می‌شود که مکانیسم‌های عمومی تکامل تا چه حدودی می‌توانند ما را به نحوه تکامل انسان متوجه گردانند و یا اصولاً اصل و منشأ انسان چیست ؟

مطالعات آناتومی و فیزیولوژی نشان می‌دهند که انسان با سایر پستانداران اختلاف چندانی ندارد، تغذیه - تنفس - جریان خون ترشحات مواد دفعی همه بوسیله دستگاههایی انجام می‌گیرد که مشابه دستگاههایی است که در سایر مهره داران و پستانداران دیده می‌شود بعبارت دیگر هیچ کیفیت بیولوژیکی منحصرأ در گونه انسانی مشاهده نمی‌شود. با وجود مشکلاتی که در پالئونولوژی انسان با آن برخورد داشته‌ایم میدانیم که در مرحله‌ای از دوران‌های طویل تکاملی يك گونه غیر انسانی بانسان تبدیل گردیده است .

با اینحال انسان خصوصیات مخصوص بخود دارد چنانکه در حین تکامل از ابزار و آلاتی استفاده می‌کرده است که نماینده نمو استثنائی و خواص روانی آن میباشد این تکامل در زمان مانیز انجام می‌شود ولی با تکامل حیوانات اختلاف دارد بطوریکه قوای درونی و تربیتی تأثیر بسزائی در گزینش گونه انسانی دارد .

بنابر عقیده LINNEE انسان در دسته پرماتها قرار دارد بنابراین بهتر است ابتدا مختصری از خواص ایندسته از پستانداران را ذکر نمائیم .

یکی از خواص اصلی پرماتها طریقه زندگانی Arboricole آنهاست دستها و پاهایشان دارای انگشتان متحرك است و انگشتان بناخن ختم شده‌اند با شست دست و غالباً شست پا که در مقابل سایر انگشتان قرار دارد میتوانند اشیاء را بگیرند قدرت بینائی آنها معمولاً نمویافته است این خواص از خصوصیات موجودات Arboricole محسوب می‌شود . رحم غالباً بیش از يك جنین را در خود پرورش نمیدهد و نوزادان مدت زیادی تحت مراقبت مستقیم مادر قرار دارند باستثنای انسان سایر پرماتها از جانوران مناطق حاره میباشند .

آخرین جدول فیلوژنی انسان بشرح زیر است ؛ صحت ودقت آن در موارد زیادی مورد ایراد و انتقاد قرار دارد و تنها اکتشافات بعدی میتواند آنرا بهتر ودقیق‌تر تدوین نماید .

- 30,000 Homme de CROMAGNON



- ? - Homo SAPIENS Sapiens Homo SAPIENS neanderthalensis



- 70,000 Homo SAPIENS



- 500,000 Homo ERECTUS = Pithecanthrope

Sinanthrope
 Atlanthrope
 Homo Heidelbergensis

↑
 - 1,000,000 Homo HABILIS

↑
 - 1'700,000 Homo HABILIS

↑
 - ? Australopithecus africanus

↑
 Austraclopithcines primitiifs

SIMPSON پالئولوژیست معروف امریکائی و یکی از متخصصین کیفیت‌های تکاملی فیلوژنی

انسان را بدو دسته بشرح زیر تقسیم کرده است .

۱ - Prosimiens گروه اولیه‌ای هستند که منحصرأ نمونه‌ای از آنها در ماداگاسکار و

اندونزی دیده شده‌اند مهمترین نمونه‌های آنها عبارتند از Lemures و Tarsiers

۲ - Anthropoides که بنوبه خود سه دسته تقسیم میشوند .

دسته اول - میمونهای قاره جدید که بینی پهن و دم قوی دارند و بدن آنها بسمت جلو خمیده

است مثل Ouistiti .

دسته دوم - میمونهای قاره قدیم این حیوانات دم قوی ندارند و حفرات بینی آنها نزدیکتر

است مانند Babouin و Macaque .

دسته سوم - Homonioides - که بدون دم هستند و معمولا قد آنها بزرگ است و شامل

میمونهای بزرگ Anthropoides و انسان Homo sapiens میباشد .

منشاء پریماتها را میتوان در حیوانات حشره خوار جستجو کرد Prosimiens اولین

پریماتهایی هستند که در ابتدای دوران سوم بوجود آمده‌اند و جثه‌ای شبیه بموش داشته‌اند در اواسط

دوران سوم (دوره Oligocene) در اثر انشعابات ارثی (افرادی که در نسلهای متوالی بوجود می‌آیند

و سازش بیشتری با محیط دارند) افرادی از تغییرات پرومومین‌ها باقی مانده‌اند که همان پرومومین‌های

امریکا (منشاء میمونهای قاره جدید) پرومومین‌های اروپائی و آسیائی (منشاء میمونهای قاره قدیم)

میباشند در حالیکه پرومومین‌های افریقائی Homonioides ها را بوجود می‌آورند . پرومومین‌های

امروزی از اعقاب پرومومین‌های اولیه هستند که بدون تغییر باقی مانده‌اند ولی بنواحی ماداگاسکار -

جزایر آسیای استوائی محدود گردیده‌اند .

اختلاف بین میمونهای Anthropoides و انسان مخصوصا مربوط بوجود تحریک پذیری و

نمو فوق‌العاده مغز در انسان است چنانکه میمونهای تکامل یافته بجلو خم شده و راه می‌روند و حتی

بعضی اوقات روی اندامهای جلوئی تکیه میکنند ولی انسان بحالت عمودی کامل قرار میگیرد .

باینجهت در انسان انحناء مخصوصی در ستون فقرات او وجود دارد منفذ استخوان Occipi -

tale بسمت جلو جمجمه منحرف میشود تغییراتی در وضع استخوانهای باسن نیز انجام میشود بطوریکه

اندامهای عقبی بطور عمودی با آن متصل میشوند نموقابل ملاحظه مغز موجب تغییراتی در ساختمان جمجمه

میشود باینطریق که پیشانی نمو بیشتری داشته و جمجمه عقب تر قرار میگیرد دندانهای آرواره‌ها و

ضمائم مفصلی آنها کمتر شده و با نظم و ترتیب بیشتری بیکدیگر متصل میشوند .

میمونهای *Anthropoides* واجداد آنها در درختان یا زمینهای خشن استوائی زندگی میکردند شانس فسیل شدن کمتری داشته اند از این نظر فسیل آنها نادر و کمیاب است و اغلب قطعاتی از آنها یافت میشود که تشخیص آنها مشکل است و بنابراین اطلاعات چندانی را در اختیار ما نمیگذارد.

از مدتها پیش چنین تصور میکردند که انسان از میمونهای بزرگ بوجود آمده ولی امروز این فرضیه مورد انتقاد قرار گرفته است انشعابات سازشی *Homonoides* ها در میوسن (یعنی ۲۵ میلیون سال پیش) آغاز گردیده است باین طریق در همان اوایل شاخه ای از میمونهای بزرگ *Anthropoides* جدا میشود که دوشاخه جداگانه را بوجود میآورد و مخصوصاً یکی از آنها منجر به تشکیل انسان میشود برای این منظور این شاخه انشعابات بسیاری را بوجود میآورد که بسیاری از آنها از بین میروند. یکی از اولین شواهدیکه امروزه در مورد اجداد یا قبل از اجداد انسانها در اختیار ما قرار دارد نمونه *Australopithecus* میباشد.

اولین جمجمه این موجودات در سال ۱۹۲۵ در آفریقای مرکزی کشف شده است آنچه از این جمجمه استنباط میشود این است که متعلق به موجودی تقریباً ۹ ساله بوده و آرواره های بسیار محکمی داشته است ولی حجم عمومی جمجمه ناچیز بوده است بعد از این تاریخ مخصوصاً در آفریقای جنوبی مکشوفات دیگری از قبیل قطعات جمجمه استخوان درشت نی و لگن بدست آمده است و بر اطلاعات ما در این مورد باین طریق افزوده شده است

با وجود اختلافاتی که از یک نمونه به نمونه دیگر وجود دارد چنین بنظر میرسد که همگی بیک خانواده *Australopithecini* تعلق داشته باشند بعبارت دیگر همگی دارای مخلوطی از صفات متشابه هستند یعنی پیشانی کوتاه دارند حجم جمجمه آنها حداکثر ۷۰۰ سانتیمتر مکعب است و از نظر صفات انسانی لگن و مفصل بندی جمجمه قادر است موجود را بحالت عمودی کامل نگاهدارد.

اختلاف موجود بین این نمونه ها امروزه بوسیله بسیاری از دانشمندان تجزیه و تحلیل گردیده است همه دانشمندان معتقدند که این موجودات بدو جنس مختلف که از *Australopithecini* های اولیه مشتق گردیده اند یعنی جنس *Australopithecus* و جنس *Paranthropus* تعلق دارند جنس *Paranthropus* بدون پیشانی است ولی حلقه ای که در بالای حدقه های چشم وجود دارد بمراتب قویتر از *Australopithecus* میباشد.

جمجمه آن گاهی اوقات دارای ضمايم جانبی است و دندانهای آسیای قوی این موجود مشخص رژیم علفخواری آن است جنس *Australopithecus* تکامل یافته تر بنظر میرسد بدین معنی که پیشانی نمو یافته تری دارد و نیز دندان بندی منظم تری داشته و دارای رژیم همه چیز خواری میباشد باینکه همه دانشمندان در مورد فیلوژنی انسان هم عقیده نیستند باین مسئله توافق کامل دارند که جنس *Paranthropus* فقط تا اواسط *Pleistocene* دوام داشته است در حالیکه *Australopithecus* با محیط خود سازش بیشتری داشته و تکامل خود را در جهت انسان شدن ادامه داده است.

نمونه های دیگری در آفریقای جنوبی بدست آمده اند که بنظر يك میلیون سال قدمت داشته اند ولی بمراتب دیرتر کشف شده اند بطوریکه در سال ۱۹۵۹ در آفریقای جنوبی مجموعه ای بدست آمده است که متعلق به جنس *Paranthropus* میباشد و نوع *Zinjanthropus* قدیمی ترین آنهاست علائم و شواهد بیشماری مدلل این است که *Australopithecus* در چین میزیسته است نمونه های دیگری که در آفریقای جنوبی بدست آمده اند کم و بیش به پایان جنس هائی مطابقت دارند که در آفریقای جنوبی زندگی میکردند و از بین رفته اند.

استخوان بندیها و اسکلت هائی که در آفریقای جنوبی یافت شده اند این کیفیت را با ثبات میرسانند

که *Australopithecus* بوسیله صید و شکار زندگانی خود را میگذرانیده و از صدفها و گوشت حیوانات تغذیه مینموده است و بنظر میرسد است که قدرت ساختن بعضی ابزار و آلات را از سنگ داشته است و حالت راست و عمودی قرار گرفتن *Australopithecus* آنرا از میمونها متمایز و مشخص گردانیده و بسلسله انسانی متوجه و نزدیکتر میگرداند ولی ابهامیکه در این مورد وجود دارد مربوط به کمبود شواهد و مدارک لازم میباشد.

در سال ۱۹۵۹ در طبقات بالاترولی در همان ناحیه *Zinjanthrope* بوجود گونه دیگری پی برده اند که دارای صفات و مشخصات نیمه انسانی بوده است پاهای خیلی شبیه پای انسان بوده و حالتی کاملاً عمودی داشته است دستها تکامل کمتری از دست انسان داشته و مطمئناً نرمش و فعالیت چندانی نداشته است حجم مغز این موجود معادل ۸۶۰ سانتی متر مکعب و بوضوح کاملتر از مغز *Australopithecus* بوده است در مجاورت این نمونه های سنگریزه ها صیقلی شده ای یافته اند که بخوبی نشان دهنده قدرت کار کردن این موجودات با سنگ بوده است قدمت این موجودات بالغ بر ۱۷۰۰۰۰۰ سال پیش میشود این دسته از موجودات را *Homo Habilis* نامیده اند و چون در طبقات بالاتر *Zinjanthropus* یافت شده اند میتوان آنها را جزء اجداد مستقیم گونه انسانی دانست.

بنابر این دو خانواده از یک منبع زنده مشترک در پایان میوسن مشتق گردیده اند و هر کدام بطور جداگانه ولی بموازات هم تکامل یافته اند یکی سلسله *Paranthrope* را بوجود آورده که امروزه از بین رفته است و دیگری سلسله *Australopithecus* میباشد که *Homo Habilis* از آن مشتق گردیده است.

نمونه های انسانی تکامل یافته تری در سال ۱۸۹۱ در *Java* و در چین کشف گردیده اند و شامل *Homo erectus* و یا *Pithecanthrope* میباشد که در زبان عامیانه به انسان جاوه و انسان پکن معروف میباشد.

انسان *Homo erectus* که در ۵۰۰۰۰۰ سال پیش میزیسته نسبتاً کوچک بوده (قد تقریبی ۱۵۰ سانتیمتر) قوسهای ابروئی بلند داشته است پیشانی آن نسبتاً کوچک بوده و آرواره پائینی قوی جلو آمده و بدون چانه داشته است مغز انسان جاوه در حدود ۹۷۰ سانتی متر مکعب و مغز انسان پکن در حدود ۱۰۷۵ سانتی متر مکعب حجم داشته است دندانهای نیش در این حیوانات برخلاف سایر نمونه ها از سایر دندانها طولتر نبود با است اسکلت این حیوانات کاملاً مشابه اسکلت انسان امروزی بوده و حالتی کاملاً عمودی داشته است.

این موجود در حفرات و پناهگاههای سنگها زندگی میکرد است در مجاورت انسان پکن علائم و نشانه هایی از صنایع فلزی و مراکز خاکستر دیده شده است و این کیفیت بخوبی نشان میدهد که این افراد با آتش آشنائی داشته اند جمجمه های شکسته شده و منفذ پشت سری وسیع در این حیوانات نماینده هجوم موجودات آدم خوار به آنها بوده است بدین معنی که موجودات آدم خوار سوراخ استخوان پشت سری طعمه خود را بطریقه وسیع و متشابهی بزرگتر میکنند تا بمغز حیوان دسترسی پیدا کنند.

چنین بنظر میرسد که منطقه انتشار *Homo erectus* بناحیه جنوب شرقی کشیده شده باقیمانده گان این نمونه را در الجزایر *Kenya* نیز یافته اند.

در آغاز آخرین دوره یخچالی دوران چهارم یعنی تقریباً ۷۰۰۰۰ سال پیش *Homo sapiens* ظاهر گردیده است و نمونه های فراوانی از آن تا بحال کشف شده است این موجود شامل دو گونه بوده است. یکی *Homo sapiens neanderthalensis* و دیگری *Homo sapiens sapiens* صورت گروهی کاملاً هتروژن میباشد و در آن دو نوع اصلی تشخیص داده میشود یکی

نئاندرتالین‌های کلاسیک و دیگری نمونه تکامل یافته تری می‌باشد. نئاندرتالین‌های کلاسیک در ناحیه Dordogne بلژیک و آلمان یافت شده‌اند. حجمه طویل با برآمدهای استخوان پشت سری مشخص داشته‌اند حلقه‌های حدقه چشم قوی بوده و پیشانی نسبتاً برآمده‌ای داشته‌اند. باین صفات اولیه این موجودات حجم فوق‌العاده حجمه افزوده می‌شود که معادل ۱۴۷۵ سانتی‌متر مکعب می‌باشد.

در نمونه تکامل یافته‌تر که شامل انسانهای فلسطین می‌شود حلقه‌های زیر چشم کمتر برآمده بوده است این موجودات دارای صفات و حالاتی بسیار متغیر بوده‌اند بطوریکه بسیاری از دانشمندان آنها را جزو هیبرید بین گونه‌های *Homo sapiens sapiens* و *Homo sapiens neanderthalensis* میدانند از نظر عده‌ای دیگر از دانشمندان انسانهای فلسطین متعلق به شاخه‌ای هستند که منشأ *Homo Sapiens sapiens* و نئاندرتالین‌ها بوده و افرادی از پایان این سلسله به اروپای غربی مهاجرت کرده و در آنجا از بین رفته‌اند منشأ این افراد هر چه باشد بنظر می‌رسد که نئاندرتالین‌ها درجه کاملتری از تمدن را پیموده‌اند شغل مورد علاقه این موجودات شکار بوده و ابزار و آلاتی از Cilex ساخته و می‌تراشیده‌اند این موجودات درغارها و حفرات سنگها زندگی می‌کرده‌اند و نسبت به فعالیت‌های مذهبی بیگانه نبوده‌اند چنانکه مردگان خود را مدفون می‌ساخته‌اند باقیمانده‌گان *Homo Sapiens sapiens* بالاخره منجر به تشکیل انسان مدرن می‌شوند.

انسان مدرن :

انسان مدرن در حقیقت انسان کرومانیون است این موجود در زمانی که سرمای فوق‌العاده در زمین حکمفرما بوده است یعنی در طول پالئولیتیل فوقانی یعنی ۲۰ تا ۳۰ هزار سال پیش زندگی می‌نموده است این موجود قد بلندتر داشته و حجم جمجمه‌اش با حجمه انسان کنونی قابل مقایسه است یعنی در حدود ۱۵۹۰ سانتی‌متر مکعب بوده است این موجود صورت وسیع و بلند داشته و چانه آن کمی برآمده بوده است سر گرمی این موجود نیز شکار بوده است ولی برای این منظور از تبر و کمان استفاده می‌کرده و از میزان استعداد بیشتری برخوردار بوده است و این کیفیت از ابزار و آلاتی که این موجود بر جای گذاشته است بخوبی استنباط می‌شود این موجود سنگ تراشی نیز می‌کرده است و مجسمه‌ها و آثار دستی ظریفی از آنها باقی مانده است این موجودات از مردگان خود محافظت می‌کرده‌اند و در قبر آنها اندوخته‌های غذایی و ابزار و آلات جنگی و دفاعی که از تغییرات صدفها و سنگها می‌ساخته‌اند می‌گذاشته‌اند چنین بنظر می‌رسد که قوای فکری و دماغی این موجودات بابعضی ساکنین اولیه استرالیا تا اندازه‌ای شباهت دارد.

بنابراین دو میلیون سال طول کشیده است تا انسان *Habilis* به انسان مدرن تبدیل شود دو میلیون سال طول کشیده است تا از یک منبع زنده مشترک که انشعابات مختلف و متعددی مجزا گردیده و تکامل یافته‌اند و بسیاری از آنها در اثر خطرات و صدمات موجودات آدم‌خوار و غیره از بین رفته‌اند گونه منحصر بفردی باقی بماند که همان *Homo Sapiens sapiens* می‌باشد.

بنابراین *Homo Habilis* در حقیقت جد واقعی انسان است و نیز امروزه اینطور بنظر می‌رسد که ابزار و آلاتی که در زمانهای مختلف بمصرف رسیده است یکی از علائم بارز انسان شدن می‌باشد همچنین حالت عمودی بدن آزادی دستها باین موجودات اجازه فعالیت بیشتر می‌دهد این کیفیت بنوبه خود موجب نمو بیشتر مغز میشود و نیز متقابلاً نمو بیشتر مغز موجب فعالیت و کاربرد بیشتر دستها میشود بنابراین این انسان شدن کیفیتی مترادف و هم‌آهنگ از نقطه نظر فعالیت بیشتر دستها و نمو بیش از پیش مغز است. تکامل پیشرفته‌تر *Homo Sapiens* و مخصوصاً نمو قوای دماغی در این موجودات ضامن توفیق و برتری بیولوژیکی این گونه بر سایر گونه‌های انسانی می‌باشد با وجود زندگی استوائی این موجودات مانند سایر پرمیاتها انسان امروزی موفق شده است که تمام نقاط زمین را اشغال نماید و با

شرایط مختلف جغرافیائی و آب و هوا با استعمال البسه‌های گوناگون تجهیز مسکن و سایر مقادورات دیگر مبارزه نماید و با محیط‌های مختلف زندگی خود تعادل و توان لازم و ضروری برقرار نماید.

این انتشار و پراکندگی که انسان در ابتدای وجود با آن مواجه گردید اختلافاتی در گونه انسانی ایجاد نموده است چنانکه بعضی ساختمان‌های وراثتی منحصرأً با بعضی شرایط جغرافیائی سازش و مطابقت دارند بعنوان مثال ارتباط روشن و نمایانی بین درجه حرارت خورشید و میزان پیگمانهای پوست بدن وجود دارد مثلاً افریقائی‌ها که پوست بدن سیاهی دارند متعلق بمناطق گرم و حاره میباشند و اروپائی‌ها که اصل مدیترانه‌ای دارند دارای پوست بدنی تیره تر از ساکنین مناطق شمالی تر هستند بنابر این ارزش حفاظتی پیگمانهای ملانیکی در مقابل اشعه اولترایووله کاملاً قابل توجه میباشد همچنین ژن SK که با خطرات ناشی از بیماری Falciformes مبارزه مینماید مخصوصاً در نواحی افریقای شرقی یونان جنوب ایتالیا و نواحی مالاریا خیز مشاهده میشود و در این نواحی بحالت هتروزیگوت قدرت حفاظت فوق العاده‌ای دارد. این دو صفت مغایر که یکی مربوط برنگ پوست بدن و دیگری ژن SK یکی از صفات بیولوژیکی است اما را متوجه ارزش و اهمیت نژاد در گونه انسانی مینماید.

نژاد جغرافیائی که در اجتماعات حیوانی دیگر نیز با تغییرات صفاتی معین گردیده است و میزان و گسترش آنها با ارزشهای گزینش طبیعی معین میگردد در گونه انسانی نیز تغییراتی را حاصل مینماید. باید دانست نژاد جغرافیائی در گونه انسان نسبتاً پیچیده تر از سایر موجودات جاندار بوده و تنوع و پراکندگی بیشتری دارد بطور کلی بعضی از انسان شناسان ۹ نژاد در گونه انسانی تشخیص داده‌اند بعضی دیگر از دانشمندان تعداد نژادهای انسانی را تا ۳۱ عدد توسعه داده‌اند بالاخره دسته‌ای دیگر از دانشمندان که نمایندگان آنها در سال ۱۹۶۴ در مجمع جهانی و بین المللی یونسکو اجتماع حاصل کرده‌اند منحصرأً به ارزش بیولوژیکی نژادها تکیه نموده و تعداد آنها را مورد بحث قرار نداده‌اند.

تقسیمات ۶ نژادی گونه انسانی شامل نژادهای زنگی Negroides مغولی Mongoloides قفقازی Causcasoides استرالیائی Australoides هندی Indienne و پولینی Polynesienne میباشد و بنظر کاملتر از سایر تقسیمات بوده و انتشار جغرافیائی اجتماعات انسانی در این تقسیم بندی مورد توجه قرار گرفته است ولی مطالعات دقیقتر اشکالات و نواقص متعددی را در این تقسیم بندی نژادهای انسانی نشان میدهد زیرا :

۱- گونه انسانی از همه گونه‌های جانوری پلی‌مرف تر است و از نظر قابلیت انعطاف و توانائی سازش با محیط‌های مختلف شرایط سلکسیون طبیعی در این موجودات محدود گردیده است در نتیجه در افراد يك نژاد یا يك اجتماع معین اختلافاتی دیده میشود که بمراتب بیشتر از اختلافات متوسط موجود بین نژادها و اجتماعات دیگر است.

۲- این توانائی گسترش در محیط‌های مختلف در تاریخچه زندگی انسان موجب مهاجرت‌های بیشمار میشود و در اجتماعات انسانی موجب پراکندگی‌های نسبتاً پیوسته و دامنه‌داری میشود بطوریکه اندازه و میزان صفات مختلف از منطقه‌ای بمنطقه دیگر تغییر میکند و با شکل میتوان حدود دقیق و معینی را برای هر يك از صفات و میزان آنها معین نمود.

۳- اشکال دیگر این است که بعضی از صفات در مناطق مختلف ارزش انتخابی جداگانه دارند چنانکه پیگمانهای بدن از آفتاب زدگی پوست در همه نقاط بطور یکسان جلوگیری نمیکند بعضی دیگر از صفات در هر محیطی قرار داشته باشند ارزش بیولوژیکی عمومی و اصلی یکسان برای ادامه حیات انسان دارند گروههای خونی مثال مناسبی در این مورد میباشد چنانکه همه گروههای خونی مثل تمام افراد گونه‌های دیگر بر حسب وضع و موقعیت مخصوص خود در تمام نقاط پراکنده‌اند ولی میزان آنها در

مناطق مختلف متغیر است و همانطوریکه حدود پراکندگی پیگمانهای بدن در اروپا در امتداد محور شمالی جنوبی تغییر میکند در مورد گروههای خونی این تغییرات در امتداد محور شرقی - غربی میباشد.

۴- بالاخره مطالعه صفات روانی در تعریف گونه انسان مسائل و مشکلات مختلفی را ایجاد نموده است صفات روانی در حقیقت همان ارتباط پیچیده بین شدت فهم و شعور ژنتیکی و محیط اجتماعی افراد میباشد بطوریکه مطالعه ساختمان دقیق افراد که در این جا مورد توجه است تقریباً غیر قابل امکان است از این نظر با وجود تجارب بیشمار در حدود تغییرات ژنهای نتایج مختلفی بدست میآید و بنظر نمیرسد که تقسیم بندی نژادها مطالعات بیولوژیکی گونه انسانی را سهل و آسان نماید برعکس مشکلات اضافی و بیشماری را از نظر اصول علمی برقرار میکند بطور کلی باید گفت در هیچیک از لحظات تاریخچه انسان نژاد خالص وجود نداشته است.

با همه این احوال روشهای تقسیم بندی هر چه باشد باید نژاد را واحد متغیری در گونه انسان بشمار آورد همبستگی شرایط زندگی با پیشرفتهائی که در این مورد انجام گرفته است بتدریج عوامل گزینشهای مختلف را از بین میبرد سهولت حمل و نقل افزایش حجم تبادلات بین المللی و صفات بیش از پیش عمومی و کلی و نیز مسائل آموزشی با وجود موانع مختلف اجتماعی بیش از پیش موجبات انتقالات ژنتیکی را فراهم میآورد و نژادها بیش از پیش تغییر مییابند بعضی از آنها از بین میروند و بعضی دیگر در تعقیب هیبریداسیونهای شدید بوجود میآیند بطوریکه چنین بنظر میرسد که نژادهای انسانی در سالیان آینده از حالت فعلی نیز خارج میشوند و حتی پس از آنهم نژادهای آینده در معرض تغییرات مختلف قرار دارند. بنابراین نمیتوان چنین تصور نمود که تکامل گونه انسانی پایان رسیده باشد همانطوریکه تکامل عمومی موجودات جاندار دیگر نیز هنوز پایان نرسیده است.

ولی پیدایش انسان با قوای روانی نمو یافتهائی تغییرات عمیق و قابل توجهی را در نحوه تکامل موجودات جاندار نشان میدهد موفقیتهای بیولوژیکی این گونههای ما قبل دیده نمیشده است نشانه تغییرات عمومی گونه در روی زمین میباشد تکامل تا پیشرفت قوای طبیعی در انسان پیشرفت حاصل کرده است و بعد از این بیش از پیش بسمت پیشرفتهای بیشتر و بالاتر هدایت میشود بطوریکه نمو و تکامل سایر گونهها را تحت تأثیر و تسلط خود قرار میدهد.

در مورد تکامل گونه انسانی باید گفت که انسان به مرحله ای خواهد رسید که خواهد توانست تا حدودی تکامل خود را تحت کنترل قرار دهد و این کیفیت تنها ناشی از قوای بیولوژیکی نخواهد بود بلکه در اثر هم آهنگیهای لازم و موثر بین عوامل بیوژنتیکی و اجتماعی برقرار میشود.

منابع

- BLUM, NAROLD, F. Time, s Arrow and Evolution- Princeton University Press 1951
CARTER, G.S- Animal Evolution. A Study of Recent Views of Its causes. London. Sidgwick and Jackson. 1951
CLARK, W.E. LE CROS: The History of the Primates. London. British Museum. 1949.
PETIT, C-PRIVOST, G: Genetique of Evolution. Hermann Collection Methodes Paris 1968.
SIMPSON, George Caylord- The Najor Features of Evolution. New-York. Columbia University. Press. 1953.
VILLEE: Biology Fourth. Edition.

طراز تشخیص Esculose در اسپسیبالیته‌های داروئی *

شاه بلوط هندی یا

(Aesculus Hypocostanum L.)

Marron d'Inde

از فامیل Hyppocastanacées که منشاء آن بالکن و ایران میباشد درختی است پایا باندازه تقریباً ۲۵ متر که در کنار جاده‌ها و گردشگاهها بعنوان درخت زینتی کاشته میشود از قسمتهای مختلف این درخت ازمدتها پیش بعنوان تب‌بر و ضد خونریزی و بواسیر استفاده میکردند فعلاً دانه‌های تازه آن در فارماکوپه فرانسوی ۱۹۶۵ درج گردیده بدین ترتیب که پوست گیاه مندرج در فارماکوپه ۱۸۶۶ حذف شده و دانه‌های تازه آن جانشین پوست گردیده است و بطوریکه بعداً خواهیم دید اسکلوژید که یکی از مواد فعاله گیاه است فقط در پوست و سرشاخه‌های گلداری آن وجود دارد و دانه‌های مارون دند فاقد این ماده است و نظر باینکه قسمت اعظم فعالیت فارماکودینامیکی گیاه باین ماده بستگی دارد لذا معمولاً همراه با یکی از فرآورده‌های داروئی مارون دند مثل تنطور، عصاره، ویانتره و غیره مقدار کافی نیز ویتامین P یا اسکلوژید بآن اضافه مینمایند لذا بنظر میرسد که در آینده دوباره پوست این درخت وارد فارماکوپه فرانسوی گردد. از نظر ترکیبات شیمیائی مارون دند دارای دودسته

مواد بشرح زیر میباشد:

۱- دسته کومارین‌ها مشتق از Pyron - α مانند

اسکلوژید

۲- دسته فلاون‌ها مشتق از Pyron - α مانند

Rutoside

که ما از بین این دودسته مواد فقط بمطالعه و تشخیص کومارین‌ها مخصوصاً اسکلوژید خواهیم پرداخت

کومارین‌ها بمقادیر زیاد در گیاه وجود دارند که مهمترین آنها عبارتند از:

Esculose که فقط در پوست و سرشاخه‌های

گلداری گیاه وجود دارد (۱) (۲)

Fraxoside که مخصوصاً در پوست و کمی در

برگ یافت میشود (۳)

Escine که در سرشاخه‌های گلداری، برگ‌ها و

دانه‌های گیاه موجود است (۴)

Ombelliférone که بتازگی توسط Vinceut

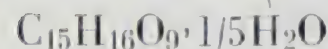
در دانه‌های گیاه مشخص شده (۵)

Quercétroside که در میوه و برگ‌ها یافت

میشود (۶) از بین این مواد مختلف اسکلوژید تنها ماده مورد مطالعه میباشد:

اسکلوژید یا Esculine عبارتست از یک

گلوکزید حقیقی با فرمول خام



که در اثر ئیدرولیز در محیط اسید تولید گلوکز و Esculetol مینماید. اسکلوژید بصورت کریستالهای سفید محلول در آب سرد و خیلی محلول در آب گرم، آستات اتیل و الکل میباشد. این ماده بصورت محلولهای آبی در مقابل نور معمولی دارای فلورسانس آبی کم‌رنگی است که در زیر اشعه ماوراء بنفش تشدید میگردد. (۷)

از این خاصیت جهت تشخیص اسکلوژید در فرآورده‌های داروئی آن استفاده میگردد. خاصیت فلورسانس آن تحت تاثیر کلرور آلومینیم الکلی و استات باز یک سرب از بین نمیرود و در صورتی که

قسمتی از رساله دکترای داروسازی اینجانب که در سال ۱۳۴۸ در دانشگاه مون‌پلیه فرانسه معرفی گردیده است.

بعد از پاشیدن معرف در ژاندرف روی کروماتوگرامها این خاصیت ناپدید میگردد. واکنشهای تشخیصی اسکلوژید بسیار کم است Janot و Lebeau (۸) در کتاب داروهای شیمیائی خود دورا کسیون زیر را ذکر کرده اند:

الف - اگر چند بلور اسکلوژید را با مقدار کمی از اسید نیتریک مجاور کنند رنگ زردی تولید میشود که تحت تاثیر آمونیاک برنگ قرمز خونی درمیآید.
ب - آب بروم در محیط استیک با محلول آبکی اسکلوژید تولید رسوب دی برومو اسکلوژید مینماید. طرق مختلف کروماتوگرافی روی کاغذ و پلاک و الکتروفورز روی کاغذ با موفقیت زیاد جهت تشخیص و کنترل داروها بکار میرود از این دو طریق برای تشخیص اسکلوژید استفاده کرده و مطالعات خود را در دو بخش عرضه میداریم:

در نخستین بخش تنها به تشخیص اسکلوژید خالص میپردازیم و در بخش دوم سعی میکنیم که وجود اسکلوژید را در اسپسیالیتتهای داروئی تشخیص دهیم و متذکر میگردیم که ما مطلقاً از تئوری کروماتوگرافی و الکتروفورز صحبتی بمیان نخواهیم آورد زیرا در این مورد مطالب زیادی منتشر شده خصوصاً در مورد کروماتوگرافی کتابهای (۹) Lederer بسیار مفید میباشد.

بخش اول

تشخیص اسکلوژید خالص

مسئله تشخیص و جدا کردن اسکلوژید از مواد کومارینی از مدتها پیش مورد مطالعه دانشمندان قرار گرفته Faucher ' Sais ' Janot (۱۰) کروماتوگرافی روی کاغذ را با استعمال محلول پارتریج و معرف فری سیانور فیک (Barton) توصیه مینماید. Mesnard (۱۱) سعی کرده است که اسکلوژید را از متیل اسکلوژید توسط کروماتوگرافی روی غشاء نازک زیر اشعه ماوراء بنفش جدا نماید.

Faugeras ' Paris (۱۲) توانسته اند با بکار بردن الکتروفورز روی کاغذ اسکلوژید را از مواد مشابه آن جدا سازند. در سال ۱۹۶۴ دانشمندی بنام Vincent

داروپزشکی

وجود ماده ای بنام

Ombelliférone (7-oxycoumarine) را در انتره دومارون دند اعلان میدارد طریقه ای که این دانشمند بکار برده عبارت است از کروماتوگرافی روی غشاء نازک بطریقه Stahl (۱۳) و توانسته لکه ای با فلورسانس آبی در زیر اشعه ماوراء بنفش با Rf برابر ۰/۹۸-۰/۹۶ را بدست آورد، مانیز در تجارب شخصی توانسته ایم وجود چنین ماده ای را در انتره دومارون دند ثابت کنیم. (۱۴)

تکنیک بکار رفته

۱- کروماتوگرافی تقسیمی روی کاغذ:

- کروماتوگرافی پائین رونده در تانک

«Shandom»

- کاغذ: آرش ۳۰۲

- حلال: محلول پارتریج (بوتانول - اسید

استیک - اب. ۴، ۱، ۵)

سه محلول فوق را در بشری بخوبی بهم زده و در یک آمپول دکانتاسیون بحال خود میگذارند و فاز از هم جدا میشود فاز تحتانی عبارت است از آب و مقدار خیلی کم بوتانول که جهت اشباع کردن تانک کروماتو-گرافی بکار میرود و فاز تحتانی بعنوان حلال بکار خواهد رفت.

- اشباع کامل تانک

- زمان پیشروی حلال روی کاغذ ۱۴/۵ ساعت در

درجه حرارت $21^{\circ}C \pm 1$

- محلول اسکلوژید: عبارت است از محلول یک

میلی گرم اسکلوژید خالص در یک میلی لیتر آب مقطر، الکل اتیلک Dioxane، استات اتیل ویا کلرو فورم اسیدی میباشد. انتخاب حلال مناسب بستگی به نوع حلالی است که جهت استخراج اسکلوژید از اسپسیالیتتهای داروئی بکار میرود.

- ظاهر کنندنها: در این تجارب ماسعی کرده ایم

که از اکثر معرفهای شیمیائی که با اسکلوژید تولید واکنش رنگی میکند استفاده کنیم و ضمناً یاد آور میشویم که در تمام آزمایشها قبلاً کروماتوگرامها را در مقابل نور معمولی و اشعه ماوراء بنفش مورد بررسی قرار

بقیه در صفحه ۵۲

گفتاری پیرامون اینترفرون و تولید آن

است .

تاریخچه

« کشف اینترفرون »

در سال ۱۹۳۵ هوسکینس (Meredith Hoskins) که از اعضای موسسه تحقیقاتی راکفلر است مشاهده کرد که آلوده کردن یک میمون با ویروس ضعیف شده تب زرد، حیوان را از مرگ بعلت ویروس های قوی و خطرناکی که در همان زمان تجویز شد مصون نگه میدارد.

دو سال بعد فیندلی (George M. Findlay) و مک کالوم (F.O. Mc Callum) از موسسه تحقیقاتی ولکام در انگلستان (Wellcome research institution) دریافتند که میمون های آلوده به ویروس تب زرد (Valley Fever) در مقابل ویروس تب زرد مصون بودند. دلیلش اینست که عفونت ویروسی اولی در مقابل ویروسی که بعداً وارد میشود، مثل یک ویروس ضعیف شده عمل کرده است، و همینطور نیز در مورد سایر ویروسها عمل می نماید.

واضح است که این مصونیت مربوط به آکسیونهای ایمنی بخش مثلا رآکسیون آنتی ژن - آنتی بکر نیست (Antigen-Antibody reaction) فیندلی و مک کالوم این پدیده را تداخل ویروسی (Virur interference) نامیدند. چند سال بعد بسیاری از نمونه ها، این نوع تداخل بین زوجهای از ویروسها گزارش شده بود. معهذاً هیچکس یک راه عملی در مورد تطبیق این پدیده با مصونیت بیماریهای ویروسی ارائه نداد. (منظور اینست که هیچ راهی که بتواند ارتباطی بین این نوع مصونیت و مصونیت قبلی طبق داروپزشکی

RNA - سنتتیک که پلی آی سی (Poly I: C)

نامیده میشود ممکن است طیف وسیعی در مورد جلوگیری از بیماریهای ویروسی ایجاد نماید. این ماده سلولها را به تولید اینترفرون وامیدارد. اینترفرون پروتئینی است که سایر سلولها را از عفونت های ویروسی مصون میدارد .

سه راه وجود دارد که توسط آنها میتوان بیماریهای ویروسی را در انسان تحت کنترل درآورد. تا کنون تنها راه بالینی فقط تجویز واکسن بوده است. واکسن فرآورده ای از ویروسهای کشته شده یا ضعیف شده است که بدن را تحریک می کند تا آنتی کورهائی برضد ویروس بسازد . طیف واکسن یا دامنه کاربرد آن محدود است بدین معنی که برای هر ویروس و یا نوعی از آن ، واکسن مختلفی مورد نیاز است ، این راه اول بود . متد ممکن و راه دیگری که وسعت عمل بیشتری نیز دارد شیمیوترابی است . هیچ عامل مؤثر و مطمئن شیمیائی در این مورد کشف نشده است. معهذاً این طریق در مقابل ویروسها همانطوری عمل می کند که سولفامیدها و آنتی بیوتیکها در مقابل گروه کثیری از باکتریها عمل می کنند . سومین راه ممکن ظاهراً همانست که خود سلولها در اولین قدم برای دفاع در مقابل حمله ویروسی بر آن تکیه می کنند ، یعنی اینترفرون .

از سال ۱۹۵۷ این حقیقت دانسته شده که سلولی که بوسیله ویروسی عفونی میشود a Cell infected by a Virus بمنظور مصون نگه داشتن سایر سلولها از عفونت ، ماده ای بنام اینترفرون تولید می کند . حالا نیز یک متد مؤثر برای بسیج سیستم اینترفرون سازی بدن کشف شده است، و راه برای ارزیابی و تعیین سایر متدهای سودمند و بی خطر آزمایشات کلینیکی باز

رآکسیون آنتی ژن-آنتی بادی ایجاد کند، پیدانشد).
تا اینکه:

در سال ۱۹۵۲ در یک موسسه ملی که در انگلستان
برای تحقیقات امور پزشکی وجود دارد، دو نفر بنامهای
ایزاك (Alick Isaac) ولیندلمان (Jean
lindenmann) بیک کشف تاریخی نائل آمدند. این
کشف عمل تداخلی ویروسها را بعلت یک ماده مخصوصی
میدانست. آنها این ماده را اینترفرون نامیدند که
توسط سلولهای آلوده به ویروس تولید میشود و سلولهای
آلوده نشده را از عفونت های ویروسی مصون میدارد.

«مطالعه خواص اینترفرون»

اینترفرون توسط آنزیمهای حل می شد که بنظر
آمد از جنس پروتئین باشد. اینترفرون از ملکولهای
نسبتاً ساده ای ساخته شده بود. اینترفرون بیشتر از سایر
پروتئینها به اسید و باز مقاوم بود. (اینها چیزهایی بود
که سپس رفته رفته کشف شد). بعداً فهمیدند که فعالیت
ضد ویروسی اینترفرون خیلی وسیع است بدین معنی که
پروتئینی است که الزاماً بر تمام ویروسها مؤثر بود.
ولی از طرف دیگر در بعضی موارد طیف باریکی داشت.
مثلاً فقط بر روی آن نوع حیوانی مؤثر بود که از همان
نوع بدست می آمد. من باب نمونه اینترفرون موش
فقط روی سلولهای موش اثر می کند و اینترفرون مرغ
فقط بر روی سلولهای مرغ و قس علیهذا*

واکنش فوری به این کشف آن بود که پروتئین باید
در سلول ساخته شود. پس در آن زمان این امکان وجود
داشت که ثابت شود که ملکول اینترفرون جزو ترکیبات
شیمیائی کوچکی است که خودش مسئول فعالیت ضد
ویروسی است (نه با کمک عاملی دیگر). و این امکان
نیز وجود داشت که سنتز هم در درون سلول ثابت شود.
تحقق به این امکانات احتیاج به کار داشت.

اولین قدم مؤثر درین مورد تصفیه کردن
(Purification) بود و این وظیفه ای بود (بقول
خود آنها) که می بایست باین دودانشمند محول گردد.
دو دانشمندیکه در یک گروه در انستیتوی مرک که برای
تحقیقات تراپوتیکی است کار میکردند، یعنی آقایان
هیلمن و تیتل Hilleman and tytell که مصنف

دارو پزشکی

این مقاله اند اکنون از زبان خودشان بشنوید که
میگویند:

مادر سال ۱۹۶۳ قادر بودیم درجه ای از خلوص و
تصفیه یک اینترفرون را گزارش کنیم که از جنین مرغی
بدست می آمد که بوسیله ویروس آنفلوانزا عفونی شده
بود. اینترفرون بدست آمده (تصفیه شده)، در آزمایشات
داخل لوله ای بر علیه ویروسها بی نهایت فعال بود.

این اینترفرون بر ضد ویروسها بمقیاس کمتری
از آنتی بیوتیکهای بکار میرفت که بر ضد باکتریهای
خیلی حساس بکار میرفتند (منظور اینست که در مقام مقایسه
با آنتی بیوتیکها احتیاج به دوز کمتری است) بعد معلوم
شد که فعالیت ضد ویروسی اینترفرون از پیچیدگی
ملکولش حاصل میشود که این پیچیدگی تا اندازه ای
بیش از پیچیدگی سایر ملکولهای کوچک است. مشاهدات
ما توسط توماس مریگان (Thomas C. merigan, Jr.)
از دانشکده پزشکی دانشگاه استانفورد و هم چنین
توسط کارل فانتس Karl H. Fantes از لابراتوارهای
گلاسکو در انگلستان تأیید و تصدیق شد.

بطور قطع و یقین مشکوک بنظر میرسد که تاکنون
اینترفرون بطور خالص جدا شده باشد. بعلاوه برای
بدست آوردن اینترفرون که برای استفاده های سلامتی
بخش انسان لازم است از درون سلولهای بدن هیچ راه
عملی وجود ندارد. حتی اگر یک چنین راهی هم پیدا شود
از نظر کمیت رضایت بخش نیست. یعنی نسبت بین اندازه
اینترفرون مورد احتیاج و مقدار اینترفرونی که ممکن
است از داخل سلول بدست آید در حال حاضر بقدری نا
مناسب است که بنظر می آید بهتر باشد عمل ایجاد و جدا
کردن و تجویز اینترفرون را به انسان دنبال نکنیم.

مونتهو (Monto Ho) و بوسکوپوستیک
(Boskopostic) از دانشگاه پیتزبورگ نیز بر
مبنای مطالعات عمیق علمی خودشان روی سیستم
اینترفرون سازی موش نتیجه مشابهی ارائه داده اند.
ولی لازم به تذکر است که تمام محققین درین قضاوت

علاقتمندان به مطالب بیشتر درین مورد می توانند به
مقاله دکتر ایزاک مراجعه فرمایند

Sea « interferon » by Alick Isaac, Scientific
American, may, 1961

سهیم نیستند . پس نظر به محدودیت‌هایی که در بکار بردن اینترفرون بامبداء خارجی (Extragenous interferon) در طب وجود دارد ، متناوباً کوششهایی بمنظور پیدا کردن يك راه مناسب در ایجاد مادهٔ اینترفرون ساز بعمل آمد . مادهٔ اینترفرون ساز (Inducer of interferon) ماده‌ای است که می‌بایست بیکنفر (مريض) داده شود تا باعث ایجاد اینترفرون داخلی گردد .

تولید اینترفرون توسط عوامل خارجی

تحقیق درمورد يك چنین ماده‌ای در چند آزمایشگاه وجود انواع مختلفی از این مواد اینترفرون ساز را در حیوانات نشان داد باکتریها ، انگلها ، ویروسها ، پلی ساکاریدها ، موادی مانند فیتوها گلو تینین (Phytohemagglutinin) که تقسیم سلولی را تحریک می‌کنند .

زهرابه‌درونی باکتریها ، پلاستیک‌های سنتتیک و غیره از آن جمله‌اند . ولی بدلائل متعددی هیچیک از این مواد برای استفاده‌های بالینی مناسب نیست .

گروه هیلمن و تیتل در انستیتوی مرک وعده‌ای از مؤلفین دیگر وهم چنین **کسرك فيلد و لامپسون و نمز** کوششهای خود را در پیدا کردن و دنبال کردن راهی متمرکز نمودند ، که معمولا ویروسها از آن راه ایجاد اینترفرون می‌کنند .

آنها دو تصمیم گرفتند ، اول اینکه تعدادی از ویریونها* (Virions) و یا سایر قسمت‌های ویروسی را شکسته و خرد کنند و بدین طریق کوشش بعمل آورند که ماده یا موادی از ویروس را که مسئول ایجاد اینترفرون است کشف نمایند . دوم اینکه قسمت فعال هلنین را کشف کنند هلنین (Helenine) ماده‌ایست که از يك نوع قارچ بنام پنی‌سیلیوم فونیکولوزوم بدست می‌آید . اولین بار شوپ و همکارانش در انستیتوی تحقیقات پزشکی را کفلر نشان دادند که هلنین در سلولهای یک کشت داده شده بودند ، ایجاد اینترفرون می‌نماید و هم چنین در حیوانات مقاومتی در برابر عفونتهای ویروسی تولید می‌کند . حادثه‌ایکه اتفاق افتاد تا آنها یعنی گروه هیلمن و همکاران بقول خودشان

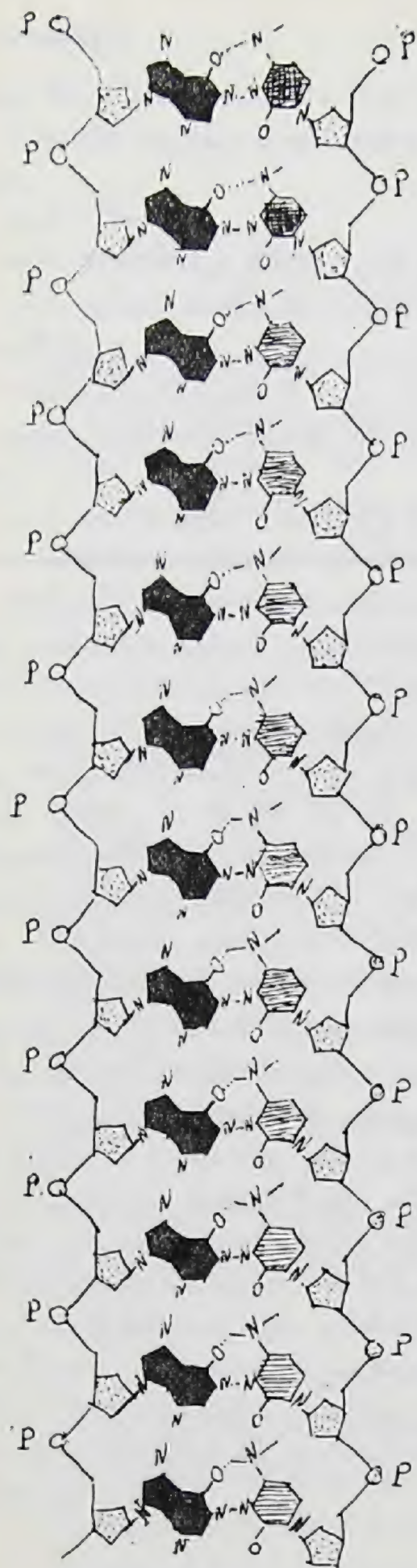
درین تحقیق براه راست هدایت شوند کشفی بود که براون (Werner Braun) و ناکانو (Masayasu Nakano) از دانشگاه روتگر ارائه دادند . بنابراین کشف ، در اثر تزریق مکرر و زیاد شوندهٔ بعضی از پلی نوکلئوتیدهای صناعی به حیوانات افزایش آنتی کر در آنها حاصل میشود . این پلی نوکلئوتیدها شبیه اسیدهای نوکلئیک DNA و RNA هستند و از ترکیب مونونوکلئوتیدها (که واحدهای ساختمانی اسید نوکلئیک‌اند) در آزمایشگاه ساخته میشوند و این راه تولید پلی کئوتید مصنوعی بعوض راهی انتخاب میشود که بطور طبیعی در درون سلولها از طریق تشکیلات ژنتیکی آنکوده انجام میگردد .

RNA سنتتیک یا Poly I:C

هیلمن و تیتل وقتی دیدند این نوع پلی نوکلئوتیدها موجب تولید اینترفرون هم میشوند خیلی تعجب کردند و تعدادی از RNA های (پلی نوکلئوتیدهای) سنتتیک را ازین لحاظ مورد آزمایش قرار دادند . یکی ازین پلی نوکلئوتیدها بی نهایت فعال بود بطوریکه با مقادیر خیلی کم (میکرو گرم) در خرگوشها ایجاد اینترفرون میکرد و حیوانات و کشت‌های سلولی را در مقابل عفونت‌های ویروسی مقاوم می‌نمود . این پلی نوکلئوتید فعال پلی آی سی (Poly I:C) بود که از رشته هوموپلی مرتشکیل شده است . یکی ازین رشته‌ها اسید پلی ریبواینوزینیک یا باختصار (Poly I:C) بود و هوموپلی مر دیگر اسید پلی ریبوسیتیدیلیک : یا باختصار (Poly C) بود . شمای فرمولی Poly I:C در صفحه بعد مندرج است . Poly A:U ترکیب دیگری است که از رشته‌های اسید آدنیلک و اسید اوریدیلک حاصل میگردد و این ماده نیز در کشت‌های سلولی فعال بود و منتهای خیلی کمتر از Poly I:C . لازم به تذکر است که يك رشته (هوموپلی مر) بتهائی دارای این خواص نیست .

و ویروس تکمیل شده و یا قسمت اساسی ویروس را ویریون گویند بعبارت دیگر :

Vision is The separate specimens of Virus.



فرمول پلی آی سی :

Poly I: C يك پلی نو كلئوتید سنتتیک

است شبیه به RNA، که از دو رشته هوموپلیمر ساخته شده است، یکی اسید پلی ریبواینوزینیک (طرف چپ) و دیگری اسید پلی ریبوسیتیدیلیک (طرف راست). هر رشته مانند رشته های RNA طبیعی از یک ستون (backbone) ساخته شده که متناوباً دارای فسفات و قند (ریبوز) است [قسمت نقطه چین در فرمول]. اینها توسط یک ارتباط از تی به پورین و پیریمیدین اتصال دارند پورین که هیپوگزانتین است قسمت کاملاً سیاه و پیریمیدین که سیتوزین است قسمت خط کشی شده فرمول را تشکیل میدهد. این دو رشته توسط اتصالهای هیدروژن (Hydrogen bonds) که بین بازهاست بهم مربوط شده و دور هم می پیچیده اتصالهای هیدروژنی که بین N و O و N و N است در شکل با نقطه چین نمایش داده شده است.

میدهم. ظاهر کننده هائیکه بکاررفته اند بقرار زیرند:
اشعه ماوراء بنفش باطول موجهای ۳۶۶ و ۲۵۴ میلی مو

معرف در ژاندر ف

معرف Cause - Bonnans

معرف محتوی اسید سلفوریک، نیترات دوسود

و آمونیاک (۱۵)

محلول الکلی ۲٪ کلرورفریک

محلول نیترات دارژان آمونیاکال کدکس فرانسه

۱۹۶۵

معرف Carr-Price (محلول کلروفرمی و

اشباع تری کلرور آنتی موان)

محلول آبی و اشباع استات بازیک سرب

محلول الکلی ۲٪ کلرور آلومینیم

بخار ید

بخار آمونیاک

طرز عمل - روی خط مبداء ۱-۲ میکرو لیتر (۱-۲)

میکرو گرم) از محلول اسکلو زید را قرار داده و خشک میکنند بعد کاغذ را در تانک کروماتوگرافی اشباع شده قرار داده و ۱۴ ساعت بحال خود میگذاریم تا حلال باندازه کافی روی کاغذ حرکت کند سپس کاغذ را بیرون آورده و بعد از نشانه کردن پیشرفت حلال، آنرا خشک کرده و ظاهر می کنند.

نتایج بدست آمده: نتایج بدست آمده در شرایط بالادرتابلو شماره یک جمع آوری شده است:

Rf	نتایج بدست آمده	ظاهر کننده ها
۰/۵۶ + ۰/۰۱	فلورسانس لکه آبی	اشعه ماوراء بنفش ۲۵۴ و ۳۶۶ میلی مو
—	—	معرف در ژاندر ف (۱۶)
—	—	معرف Cause-Bonnaus
۰/۵۴	لکه آبی روشن با هاله زرد	معرف سلفو- نیترو- آمونوم
—	—	محلول کلرورفریک ۲٪
—	—	محلول نیترات دارژان
—	—	آمونیاکال
—	—	معرف کار- پرایس
—	—	محلول استات بازیک سرب
—	—	معرف کلرور آلومینیم ۲٪
—	—	بخار ید
—	—	بخار آمونیاک

چنانکه ملاحظه میشود اشعه ماوراء بنفش باطول موج ۳۶۶ و ۲۵۴ میلی مو با اسکلو زید تولید لکه آبی فلورسانس میکند که تحت تأثیر بخار آمونیاک تشدید میگردد در این شرایط میتوان اسکلو زید را از مشتق خیلی نزدیک خود یعنی متیل اسکلو زید که وارد اسپسیالیت های داروئی میگردد جدا نمود، در شماره آینده از تشخیص بوسیله کروماتوگرافی روی غشاء نازک بحث خواهیم کرد.

ضمناً مطالعات و تحقیقات هیلمن و تیتل بر روی هلنین همانطور ادامه می یافت و بزودی بعد از اینکه کارشان در مورد خاصیت اینترفرون سازی Poly I:C با تمام رسید، قادر خواهند بود قسمت فعال هلنین را که آنهم یک زوج RNA است گزارش کنند. آنها پیشنهاد کردند که قارچی که هلنین از آن مشتق میشود می بایست بوسیله یک ویروسی عفونت یافته باشد، که این ویروس نیز از یک زوج RNA شبیه قبلی ساخته شده است. شک آنها زمانی بحقیقت پیوست که کلین اشمیت (Walter J. Kelinschmidt) و همکارانش در کمپانی لی لی (Eli Lilly) وجود یک ویروس قارچی را در استاتالون بثبوت رسانیدند.

استاتالون (Statalon) از یک نوع پنی سیلین دیگر بدست می آید و مانند هلنین ایجاد اینترفرون می نماید. بعداً بانکز (G.T.Banks) و همکارانش در کالج امپریال علوم و تکنولوژی لندن ویروس قارچی را از خود پنی سیلیوم فونیکولوزوم استخراج کردند. باین استخراج هیلمن و تیتل انجام برنامه مشکلی را بعده گرفتند. این دو دانشمند پلی نوکلئوتیدهای مختلفی را از نظر تولید اینترفرون مورد آزمایش قرار دادند که در شماره آینده بنظر خوانندگان عزیز خواهد رسید.

فارماکودینامی داروهای ضد روماتیسم

خلاصه - غلظت تریپتوفان آزاد و متصل به پروتئین در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید یرقان و همچنین در زنان حامله اندازه گیری شد. در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید که با داروهای ضد روماتیسم مورد معالجه قرار گرفته بودند مقدار آمینو اسید متصل به پروتئین نسبت به پروتئین های حلقوی کم شد و در یک بیمار پس از قطع درمان بحالت نرمال بازگشت.

در زنان حامله و در بیماران یرقانی افزایش تریپتوفان آزاد دیده شد اما میزان غلظت تریپتوفان متصل به پروتئین نقصان یافت و بیلی روبین در پروتئین سرم انسان *in vitro* (خارج از بدن) جایش را با آمینو اسید عوض نموده و تریپتوفان عینا مولد پپتید هائی است که محافظت عضلات مستعد را بر علیه زخم های توأم با تورم مزمن بعهده دارند.

مقدمه - تلاش زیادی برای پیدا کردن مکانیسم اثر داروهای ضد روماتیسم بعمل آمده که مهمترین آنها تحریک پیتوایترا داخلی و محور قشری غدد فوق کلیوی میباشد.

هیچکدام از این مکانیسم ها بطور کامل عمل ضد روماتیسمی این داروها را بطریق کلینیکی بیان نمیکند، بجز تعداد کمی از داروهای ضد روماتیسم بقیه آنها در بدن به پروتئین های حلقوی متصل میگرددند. سمیت این داروها بعلت تجمع فرم آزاد آنها در بدن میباشد.

در ویترو (*in vitro*) موقعی که دارو به پروتئین سرم انسان می چسبد جایش را با ملکولهای کوچک دیگر از آن جمله آل تریپتوفان و دیگر پپتیدها عوض مینماید. در این مقاله ما متذکر میشویم که جابجاشدن تریپتوفان نه تنها در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید انجام میگیرد بلکه در زنان حامله و همچنین در بیمارانی که مبتلا به یرقان هستند و در حال معالجه با مجموعه ای از داروهای ضد روماتیسمی میباشد دیده شده است.

این طور استنباط شده که تاثیر داروهای ضد روماتیسم مربوط به جابجا شدن پپتیدها از محل اتصالشان و چسبیدن به سرم پروتئین انسان میباشد. ضمنا نوع آزاد پپتیدها محافظتی بر علیه اعمال آماس آور مزمن بوجود میاورد.

موارد و متدها :

روی ۲۲ بیمار که سن آنها بین ۷۰-۴۰ سال بود و مبتلا به انواع روماتیسم بودند تحت نظر انجمن امریکائی روماتیسم آزمایش بعمل آمد. در این گروه ۱۹ بیمار غیر بستری که ۸ نفر مرد و ۱۱ نفر زن بودند و ۳ بیمار بستری که یک نفر مرد و ۲ نفر دیگر زن بودند وجود داشت. تمام این بیماران بایک یا چند قلم از این داروها تحت درمان بودند: آسپیرین، فنیل بوتازون، آندومتاسین پردنیزولون.

کلروکین. و نمک‌های طلا. گروه تحت کنترل عبارت بودند از: ۶ مرد سالم ۵۳-۳۶ ساله ۶ زن سالم ۵۳-۳۶ ساله و ۵ زن ۲۴-۳۶ ساله و ۵ زن ۶۵-۴۹ ساله که تحت عمل بودند (دو تای آنها قبل از عمل جراحی و سه نفر دیگر ۱۰-۷ روز پس از برداشتن کیسه صفرا «کلیستکتومی جراحی پستانها «ماستکتومی» و جابجائی و تعویض رگ این داوطلبان تا حداقل ۱۰ روز قبل از آزمایش هیچگونه داروی ضد درد (آنالژیک) و ضد تورم (آنتی‌انفلاماتوری) مصرف ننموده بودند و هیچیک از زنان سالمی که سن آنها بین ۳۱-۲۴ سال بود مواد کنتراسپتیو استعمال نکرده بودند. به بیماران بستری که مبتلا به یرقان بودند و یا تحت عمل جراحی قرار داشتند گاه گاهی در ضمن هفت روزیکه گذشته بود باریتوریک داده بودند ولی هیچگونه استروئیدی تجویز نشده بود.

در این بیماران مجموعه «مقدار تریپتوفان بوسیله متد (اودن فرندهس) در سرم مجزا شده از خون اندازه گیری شد و این همان طریقه‌ایست که برای تعیین تریپتوفان آزاد در سرم فیلتره شده که بوسیله سانتریفوژ (ویس کینگ) جدا شده بکار میرود.

نتایج :

آرتریت روماتوئید - نتایج بیماران غیر بستری که مبتلا به آرتریت روماتوئید بودند و همچنین افراد سالم تحت کنترل در جدول یک آمده است. در هر دو گروه: کاهش در میزان تریپتوفان و نیز در مقدار آمینواسیدی که به پروتئین متصل است نشان داده شده. افزایش در میزان تریپتوفان آزاد در خانمها دیده میشود اما اختلافی بین دو گروه نرمال وجود ندارد.

در آزمایشهای دیگر متوجه شدیم که سن تأثیری روی آزمایش ندارد زیرا مجموع تریپتوفان در دسته‌ای از مردان و زنان که بین ۳۵-۲۰ سال بودند با گروهی که در تابلویک قرار دارند مساوی بود. بجز تعداد کمی از بیماران بستری مبتلا به آرتریت روماتوئید بقیه نتایجی مشابه با بیماران داشته که تحت عمل بودند در تابلوی دوم آمده اند.

یک مرد ۷۰ ساله در بیمارستان که مبتلا به آرتریت روماتوئید بود بوسیله اسپیرین، فنیل بوتازون و ایندومتاسین تحت درمان بود در این شخص عمل درمان چهار روز قطع گشت نتایج مقدار کل تریپتوفان و تریپتوفان آزاد در حین معالجه و چهارمین روز قطع درمان و هفت روز پس از شروع مجدد درمان در تابلوی سوم آمده است. پس از قطع درمان مجموعه تریپتوفان تقریباً به سه برابر افزایش یافت در حالیکه تریپتوفان آزاد فقط ۴۰٪ زیاد شد.

منحنی اتصال

ال - تریپتوفان به سرم نرمال انسان نشان میدهد که هر گاه مجموعه تریپتوفان افزایش یابد مقدار درصد آمینواسید متصل به پروتئین کم میشود اما در آزمایش اخیر درست عکس این اتفاق افتاد. موقعی که معالجه پس از مدتی وقفه دومر تبه برای زمان زیاد تری ادامه داده شد مجموع تریپتوفان و میزانی از آن که به سه پروتئین چسبیده بود کاهش یافت و عیناً به اندازه‌ای رسید که در طی معالجه اولیه دیده میشد.

جدول (۱) غلظت تریپتوفان در سرم اشخاص سالم و اشخاص مبتلا به آرتریت روماتوئید .

غلظت تریپتوفان (ug/ml)	مرد		زن	
	نرمال	آرتریت روماتوئید	نرمال	آرتریت روماتوئید
نوع آزاد	0.183 ± 0.126	0.197 ± 0.126	0.184 ± 0.110	1.20 ± 0.34
مجموع	12.39 ± 1.61	8.64 ± 1.51	11.43 ± 1.50	7.19 ± 2.26
چسبیده به پروتئین (%)	93.2 ± 2.3	88.7 ± 2.6	92.6 ± 1	82.1 ± 5.9

جدول (۲) غلظت تریپتوفان در سرم زنان تحت عمل جراحی و زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید .

غلظت تریپتوفان (ug/ml)	مربوط به جراحی	آرتریت روماتوئید
نوع آزاد	0.182 ± 0.115	1.41 ± 0.47
مجموع	10.74 ± 2.24	5.26 ± 1.41
چسبیده به پروتئین (%)	92.3 ± 1.2	71.1 ± 16.8

جدول (۳) میزان تریپتوفان سرم مرد مبتلا به آرتریت روماتوئید قبل از قطع درمان در حین وقفه و بعد از متوقف نمودن معالجه

غلظت تریپتوفان (ug/ml)	در حین درمان	۴ روز بعد از وقفه درمان	هفت روز بعد از شروع معالجه مجدد
نوع آزاد	1.20	1.85	1.57
مجموع	5.33	13.04	4.46
چسبیده به پروتئین	75.5	85.8	64.7

ایکتر (یرقان) - در این حالت غلظت تریپتوفان آزاد افزایش و مقدار درصد آمینواسید متصل به پروتئین حلقوی در بیماران مبتلا به یرقان در مقایسه با میزان آن در افرادی که تحت عمل جراحی بودند کاهش یافت (جدول ۴) . در زمان اندازه گیری میزان بیلی روبین سرم در

بیماران مبتلا به عفونت کبدی یا یرقان انسدادی حدود ۳۰-۱۰ میلی گرم در ۱۰۰ لیتر بود. آزمایشهای بیشتری انجام شد تا معلوم شود که آیا بیلی روبین مانع از چسبیدن تریپتوفان به سرم انسان در ویترو میشود؟ طی این آزمایشات دریافتیم که پیگمان صفراوی در غلظت ۱۰ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر آمینواسید را جابجا کرده و از سرم نرمال جدا می نماید.

حاملگی: در گروهی از زنان حامله (بین ۲۲ تا ۳۶ هفته بارداری) دیده شد که مقدار تریپتوفان آزاد افزایش یافت و مقدار درصد آمینواسید متصل به پروتئین با مقایسه با خانمهای نرمال در همان سن کاهش یافت (جدول ۵).

جدول (۴) تریپتوفان سرم زنان تحت عمل جراحی یا مبتلا به یرقان

مبتلا به یرقان	مربوط به جراحی	غلظت تریپتوفان (ug/ml)
$1/67 \pm 0/81$	$0/81 \pm 0/15$	نوع آزاد
$9/43 \pm 1/18$	$10/74 \pm 2/24$	مجموع
$82/4 \pm 8/2$	$92/3 \pm 1/2$	(%) چسبیده به پروتئین

جدول (۵) غلظت تریپتوفان در زنان نرمال و زنان حامله.

زن حامله	نرمال	غلظت تریپتوفان (ug/ml)
$0/94 \pm 0/19$	$0/76 \pm 0/09$	نوع آزاد
$10/14 \pm 1/57$	$11/38 \pm 1/19$	مجموع
$90/7 \pm 1/8$	$93/4 \pm 0/7$	(%) چسبیده به پروتئین

بحث و تفسیر

در انسان تمام داروهای ضد روماتیسم در بدن به پروتئین حلقوی می چسبند معلوم شده که فراکسیون متصل به پروتئین از نظر فارماکولوژیکی بی اثر بوده و فقط نوع آزاد است که اعمال کلینیکی را انجام میدهد. بر اثر مطالعات بیشتر بر روی سالیسیلاتها در آزمایشگاه باین نتیجه رسیدیم که داروها بر روی متابولیسم سلولی با غلظت عائی خیلی بیشتر از آنچه در حین معالجه در سرم بدست آمد تاثیر میکنند.

موقعیکه دارو به پروتئین می چسبد باعث میشود که ملکولهای کوچک دیگر را از جایشان جدا نماید در میان اینها ال - تریپتوفان را میتوان نام برد زیرا آمینواسیدی است که به پروتئین

سرم انسان چسبیده است و این آمینواسید در انسان بوسیله سالیسیلاتها، فنیل بوتازون، ایندومتاسین، پردنیزولون، کلروکین و نمکهای طلا و ریترو و بوسیله آسپرین در وی و (in vivo) (داخل بدن) جابجا میگردد.

نتایج اخیر نشان میدهد که این موضوع در بیمارانی اتفاق میافتد که مبتلا به آرتریت - روماتوئید بوده و با مجموعه‌ای از داروهای ضد رماتیسمی عادی تحت درمان باشند.

در مورد آمینواسید فعالیت ضد تورمی دیده نشد مگر در یک مورد آنهم در موش صحرایی دیده شده که این جسم مانع از ورود لکوسیتها به داخل فضای آماس گردید مع هذا جابجائی آن بوسیله داروها نشان میدهد که ترکیبات دیگر نیز میتوانند اثر محافظتی بر علیه تورم مزمن روی عضلات حساس نظیر مفاصلها داشته باشد. بدین ترتیب ترتیب ترتیب تورم قابل پیش بینی باید تغییر نماید و این تغییر در جهتی است که منجر به تسکین موقتی آرتریت روماتوئید میگردد. دوشاهد مدلل در اینجا یرقان و حاملگی است.

نتایج اخیر نشان میدهد که در هر شرایط (حاملگی و یرقان) در موارد غیر روماتوئید تغییرات مشخصی در غلظت ترتیب تورم آزاد و درجه اتصال آمینواسید به پروتئین حلقوی در حالیکه مقدار کمتری آمینواسید به پروتئین سرم بچسبد بوجود میآید.

این اثرات با جابجا کردن آمینواسید بوسیله بیلی روبین در یرقان قابل بحث است. اگر گروهی از ملکولهای کوچک بطور مجموع قرار بگیرند و فرم آزاد آنها محافظتی برای نسوج بر علیه پروسسهای تورمی مزمن باشد در این حالت چنین گروهی از نظر اتصال ذره‌ای آنها به پروتئین سرم و همچنین از نظر جابجا شدن آنها بوسیله داروهای ضد رماتیسم شباهت زیادی به ترتیب تورم دارند.

چیزی که در اینجا بیش از همه شباهت دارد پپتیدهای هستند که حاوی چندین نوع آمینواسید بوده و این آمینواسیدها بطور آزاد یا متصل در سرم وجود دارند.

معلوم شده که بعضی دی پپتیدهای سنتتیک بویژه ال- فنیل آلانیل - ال- فنیل آلانین با قدرت زیاد به پروتئین سرم انسان می چسبند و بوسیله تمام داروهای ضد رماتیسم عادی در وی و تغییر مکان میدهند. بعلاوه اختلافی در درجه اتصال این پپتیدهای محافظ به پروتئین سرم اشخاص مبتلا به آرتریت روماتوئید وجود دارد.

گزارش شد که در بیماران مبتلا به رماتیسم، آلبومین حلقوی ترکیبی از آمینواسید غیر طبیعی بوجود می آورد و بنظر میرسد که این موضوع بعلاوه اختلاف افینیت (قدرت اتصال) و هم چنین اختلاف ظرفیتها برای ملکولهای کوچک در مقایسه با آلبومین سرم طبیعی باشد. بنابراین اینطور معلوم میشود که داروهای مفید کلینیکی که در معالجه آرتریت روماتوئید و دیگر بیماریهای رماتیسمی بکار می روند اثر خود را بوسیله جابجا کردن پپتیدها از محل اتصالشان و متصل نمودن به پروتئین سرم اعمال می نمایند. ضمناً نوع آزاد پپتیدها نسوج مربوط را نسبت به زخمهای همراه با تورم محافظت می نمایند.

در بیماریهای رماتیسمی يك کاهش متناسب در غلظت پپتیدهای آزاد محافظ وجود دارد. سرانجام در میان پپتیدهای که بوسیله داروها تغییر مکان میدهند باید يك یا چند ترکیبی وجود داشته باشد که اثر محافظتی بر علیه تورم تحریکی مزمن اعمال نماید.

بقیه در صفحه ۶۴

استئوتومی انترو ترو کانترویک

استخوان ران جهت معالجه استئوآرتیر تیز لگن

Intertrochanteric Osteotomy Of The Femur for Osteo Arthritis of The Hip.

نخستین بار در ۱۹۳۵ دکتر مک مورای Dr. Mc Murray به کمک یک تیم از جراحان چگونگی معالجه Osteo-Arthritis ناحیه استخوان لگن را همراه یک سری اعمال جراحی انجام شده، مورد بحث و تبادل نظر قرار داد.

دکتر Murray در ۱۲ مورد از جمع ۱۵ جراحی انجام شده، موفقیت شایانی کسب نمود. تکنیک «مورای» برای اصل استوار بود که: ناحیه لگن بیمار پس از جراحی توسط یک نوع باند پیچی ۷-۸ یا اصطلاحاً Plaster. Spica بمدت چهار تا پنج ماه، باید هر نوع حرکت مفصلی در ناحیه Hip-Joint از بیماران صلب گردد، بطوریکه بارژیمی خاص تا دوماه آخر هر گونه تحمل وزن بر بیمار ممنوع گردد.

وی خصوصاً وارد آمدن هر گونه شوک و حرکت مفصلی را در این مدت عامل اصلی بروز مجدد التهابات مفصلی میداند.

دکتر Murray معتقد است که شکست او در ۳ مورد از ۱۵ اعمال جراحی انجام شده صرفاً بخاطر غیرطبیعی جوش خوردن قطعات استخوانی بیکدیگر بوده است.

وی مکانیسم برطرف شدن درد، در ناحیه لگن را پس از جراحی اینطور توصیف می کند: چرخش سروگردن Femur از حالت غیرطبیعی قبلی باعث میگردد که مسیر نیروی ثقل وارده بر گردن و سر «فمور» موازی و یا در امتداد محور اصلی دیافیز استخوان ران قرار گرفته و لذا تمام وزن تنه و اندامهای فوقانی به کمک یک حالت اهرمی تماماً از حفره حقه‌ای لگن Acetabulum به دیافیز مقاوم «فمور» منتقل میگردد.

در ۱۹۵۰ اوزبرن Osborn و فارنی Fahrni همراه یک سری تحقیقات فیزیکی و آناتمیک (Phisico-Anatomic) سعی نمودند که مکانیسم فوق را بصورتی گسترده تر بیان نمایند. لذا عصاره تحقیقات چندین سال آنها بشرح زیر بیان گردید.

«فشار طبیعی وزن تنه و اندامهای فوقانی توسط ساختمان طبیعی اندامهای اهرم مانند تحتانی که شامل استخوانهای لگن به پائین میباشد بصورت قابل کنترل کاهش میابد. و حال آنکه تنها فشارهای

Osteo-Arthritis اصطلاحاً به یک نوع التهاب و درد مفصلی اطلاق میگردد که گاهی نوع Femoral

آن به علل مختلف از جمله رشد بیش از حد ناحیه فوقانی استخوان ران و حجیم شدن سر استخوان ران و یا غیرطبیعی بودن زاویه بین گردن و تنه Femur حاصل شده لذا التهابات فوق همراه ورم و قرمز شدن موضعی در ناحیه مفصل لگنی رانی مشاهده میشود.

اضافی وارده بر Hip-Joint (مفصل لگنی رانی) مطابق نظریه قبلی از طریق Acetabulum به تنه طویل استخوان ران Femoral - Shaft، منتقل میگردد. بدین دلیل است که در هنگام راه پیماییهای زیاد که اندامهای تحتانی مسئول حمل تنه میباشند، خستگی بیشتر در ناحیه Hip-Joint احساس میگردد. و حال آنکه کارگرانی که شخصا اقدام به حمل وسایل سنگین میکنند بیشتر در ناحیه ساق پا و مفصل زانو Knee-Joint، احساس خستگی میکنند.

لذا در تأیید گفته ایشان میتوان به آماری که در سال جاری از بیمارستانهای وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه اصفهان گرفته شده اشاره نمود :

در جمع ۵۷ نفری که بعلت درد و ورم مفصل زانو باین بیمارستانها مراجعه نموده اند ۵۰ نفر آنها (۸۷/۵٪) افرادی بوده اند که یا بعنوان حمال یا مشاغل دیگر مشغول بکار بوده اند از این ۵۰ نفر (۷۳/۵٪) به بیماری Housmaid's knee، و یا انواع دیگر التهابات مفصلی از جمله فشردگی مفصلی، پارگی کپسول مفصلی Knee Capsul، و یا دررفتگیهای مفصلی مبتلا بوده اند.

سری مطالعات جدید Present Series

مطالعات جدید شامل ۳۴ مورد Intertrochanteric - Osteotomy، بوده که بر روی ۳۱ مریض که از Osteo - Arthritis، لگن زجر میکشیدند انجام گرفته.

از جمع میزان کل، ۱۵ استئوتومی در بیمارستان عمومی تورونتو (Toronto Gneral Hospital) بر روی ۱۳ بیمار و ۱۹ استئوتومی دیگر در بیمارستان کینگز کالج لندن (Kings College Hospital) بر روی ۱۸ بیمار انجام گرفت. مطالعات اخیر تماماً تحت نظارت مستقیم پزشکان و جراحان مسئول در دو بیمارستان فوق بوده است. لذا ذیلاً شرایط آزمایشی بیماران را در حین عمل مورد مطالعه قرار میدهم.

۱- نسبت جنسیت: در جمع ۳۱ بیمار ۱۹ نفر زن و ۱۲ نفر مرد وجود داشت.

۲- سن: دفتر آمار این دو بیمارستان سن بیماران را از ۲۵ سال تا ۷۱ سال و سن متوسط را ۵۴ سال قید میکند.

۳- دلیل انجام جراحی: در هر حالت درد ناحیه مفصل لگن دلیل اصلی انجام جراحی بوده است

۴- حالت پاتولوژنی: اولاد در جمع ۳۴ استئوتومی ۲۳ مورد Osteo-Arthritis، تشخیص داده شده، ثانیاً در ۱۱ مورد از جمع کل Osteo - Arthritis، مشاهده شده، که از این مقدار ۶ مورد به «دررفتگی مادرزادی Congenital Subluxation»: ۲ مورد به «بیماری استئو - کندروز» سراسخوان ران، یا Legg - Perthes's Disease، ۱ مورد به تغییر مکان مادرزادی مفصلی Congenital - Dislocation of Joints، مبتلا بوده اند و ۲ مورد آخری عوارض

بیماری Housmaid's knee، به يك نوع التهاب کپسول مفصلی در محل زانو اطلاق میشود که ضمن آن با اصطلاح «زانو آب آورده» و درد ناک میشود. این بیماری بیشتر در افراد کارگر و ورزشکارانی که به طرز غلط در هنگام ورزش به مفاصل خود فیکور میدهند مشاهده شد.

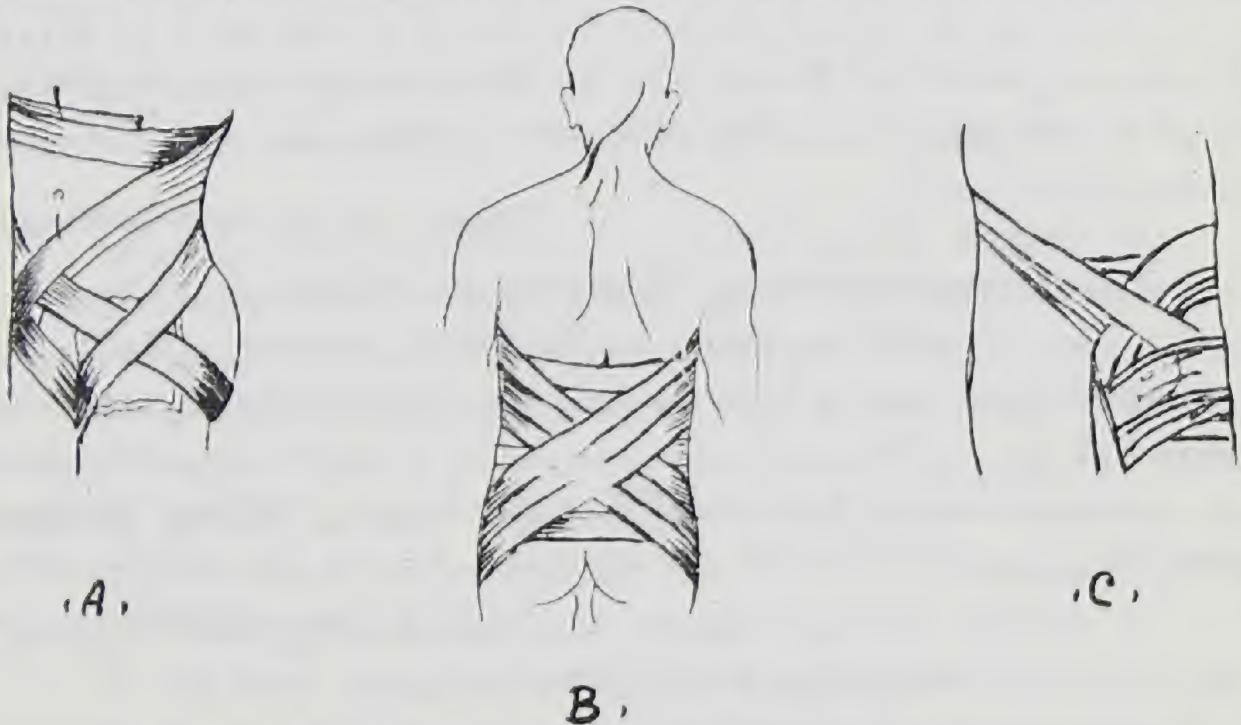
این بیماری را میتوان با يك جراحی مختصر معالجه نمود.

استئوکندروز Osteo - Chondrosis، بیماری است که در اطفال، يك یا چند مرکز استخوان سازی ابتدا استحاله یا تکروزه و سپس کالسیفه میشوند، بدون آنکه وظیفه اصلی استخوان سازی خود را در کودکی انجام دهند. استئوکندروزی که در سراسخوان ران مشاهده میشود به بیماری Legg - Perthes، معروف است.

را شامل میشده که این عوارض رابطه نزدیکی با بیماری Paget* لگن خاصره دارند .

۵ - تکنیک جراحی : تکنیک جراحی در هر دو گروه بیمارستانهای « تورونتو » و « لندن » ، شبیه به یکدیگر و در هر حالت برخلاف سابق از سیستم Internal - Fixation و یا « ثابت کردن داخلی » ، استفاده میشده . با این تفاوت که در گروه بیمارستان Toronto دوقطعه استخوان توسط یک بست و چند پیچ اتصال ، و در گروه بیمارستان London از یک میله پلاتین مستقیم که از بالا وارد قسمت میانی استخوان شده و دوقطعه استخوانی را بیکدیگر متصل می نماید استفاده شده .

پس از جراحی نوبت به External - Fixation و یا ثابت کردن خارجی است که توسط بانداژهای Bandage ، ۷-۸ (شکل ۱) ، صورت میگیرد و این قسمت در واقع آخرین و مهمترین



شکل ۱- سه نوع بانداژ ۷-۸ مربوط به مفصل لگنی Hip-Joint

مرحله جراحی بشمار میرود (زیرا این مرحله در واقع مرحله شکل گرفتن استخوانها پس از جراحی میباشد .) در بعضی مواقع نیز برای اطمینان خاطر می توان در بین دو پا وحد بین دومثلث اسکار پایک نوع چوبهای مخصوص Broon Stick قرارداده تا از حرکتهای جزئی مفاصل لگنی رانی جلوگیری بعمل آید .

مرحله Fixation خارجی بایست بمدت دوتا حداکثر سه هفته باقی مانده و پس از این مدت بیمار بایستی تحت نظر متخصصین تکنولوژی و پرستاران مربوطه نرمشهای سبک و آرام مفصلهای زانو و لگن را آغاز کند و بالاخره پس از پایان هفته ششم بندرت به بیمار اجازه داده شود که با چوبدستی راه برود .

۶- متد ارزشیابی و تشخیص : در هر حالت نشانه و علائم بالینی که بایستی جراحان بعنوان علائم تشخیص Osteo - Arthritis در نظر گیرند دردهای مفصلی بود و در واقع ارزیابی نتایج

* بیماری Paget ، بیماری است که ضمن آن استخوانها پوک شده ، باعث خمیدگی استخوانهای دراز مثلا Femur و یا تغییر شکل استخوانهای پهن از جمله Hip ، میگردد .

حاصل از عمل بستگی به متوقف شدن درد دارد . کما اینکه وابستگی ارزش سنجی نتایج به شرح زیر قید شده .

الف - اگر پس از عمل هیچ گونه دردی مشاهده نشد و یا درد بقدری ناچیز بود که میتوان از آن چشم پوشی کرد و بیمار در مقام مقایسه با قبل از عمل بسیار راضی بنظر می رسید نتایج عمل عالی بوده .

ب - اگر پس از عمل دردی مشاهده نشد و درد قابل اغماض بود و بیمار نیز از حالت جسمی خود تا حدی راضی بنظر میرسید ، نتایج عمل خوب بوده .

پ - اگر پس از عمل میزان دردی را که بیمار احساس میکند کمتر از قبل از عمل بوده و بعلاوه بیمار شخصا عمل را مفید دانسته ، نتایج عمل متوسط بوده .

ت - ولی در صورتیکه درد تا حدی کم شده باشد و یا بهمان اندازه و یا بدتر از قبل عمل شده باشد و متقابلاً بیمار حس کند هیچگونه سیر بهبودی در وی ظاهر نشده بدون شك نتایج عمل بد بوده .

۷ - نتایج : (تابلوی ۱) ، نتایجی که دودسته تحقیق کننده بیمارستانهای «لندن» و «تورونتو» از تجربیات خود گرفتند یکسان بود . و در جمع کل تجربیات «۷۴٪» نتایج ، قانع کننده بنظر میرسید . از طرف دیگر بنظر میرسید که رابطه نزدیکی بین سن بیمار در هنگام عمل و نتایج عمل موجود میباشد . (تابلوی ۱) .

دو نفر از بیماران که در هر دو مفصل به Osteo - Arthritis ، مبتلا بوده اند سابقاً نیز تحت عمل Arthro Plasty ، (مرمت مفصل لگنی بوسیله جراحی پلاستیک) ، قرار گرفته بودند .

يك نفر از این دو بیمار ۴ سال قبل از عمل Osteotomy ، تحت عمل Arthro Plasty ، قرار گرفت . این بیمار شخصا از نتایج حاصل ، از Osteotomy روش Mc Murray در مقام مقایسه با Arthro Plasty ، که جدیداً بر روی او انجام گرفت راضی تر بنظر میرسد ، زیرا وی پس از Osteotomy ، برخلاف سابق هیچ گونه دردی را حس نمیکرد .

دومین بیمار ۸ سال قبل از Osteotomy ، تحت عمل پیوند عضو مصنوعی ، قرار گرفته کما اینکه جراحان برای برطرف کردن دردهای شدید اقدام به انجام «استئوتومی» نمودند ، نتایج حاصل از آن بسیار خوب بوده .

نتایج	شماره اعمال (جراحی)	پورسانتاژ (درصد)	سن متوسط بیمار (سال)	دوره کمون و یا سیلان بیماری (ماه)
عالی	۱۶	۴۷	۴۹	۲۷
خوب	۹	۲۶	۵۵	۲۱
متوسط	۶	۱۸	۶۲	۳۲
بد	۳	۹	۵۴	۲۴

تابلوی (۱) تابلوی نتایج جراحی

۸- مشکلاتی که در حین عمل با آنها مواجه میشویم :

الف - Infection : در جمع کل موارد جراحان بیک نوع عفونت برخورد نمودند که بنظر میرسید این عفونت پس از خارج نمودن میله پلاتین رابط دو قطعه استخوان و یا شکاف دادن قسمت فوقانی ران جهت Drainagtion ، (خارج نمودن چرک پس از جراحی از محل جراحی شده) بروز نموده باشد .

ب - جانفتادن استخوانها Non - Union : ۶ مورد (۱۸٪) از جمع کل موارد بعلت جانفتادن استخوانها احتیاج به پیوند استخوانی داشته ، از این ۶ مورد ، ۲ مورد بطریقه میخ و پللیت ، و ۴ مورد بکمک میله پلاتین مخصوص قطعات جدا شده استخوان را بیکدیگر متصل نمودند . بموجب آخرین ارزشیابی در ۶ مورد فوق ، نتایج در ۲ مورد عالی ، ۱ مورد خوب ، ۲ مورد متوسطه و نتیجه در دو مورد آخری بد بوده است . لذا تمام این بیماران در مقام مقایسه با قبل از عمل باضایعات و کمبودهای حرکتی مواجه گردیدند .

متد پیوند استخوانی بطریق زیر توجیه میگردد : ابتدا از قسمت فوقانی تنه Femur ، یک قطعه تیغه ای از استخوان را جدا نموده سپس این تیغه را در شیاری که بهمان اندازه در محل تروکانتر بزرگ Major Trochanter ، تعبیه شده وارد کرده پس از آن مطابق (شکل ۲-ب) ، توسط دو پیچ اتصال محکم نموده .



B



A

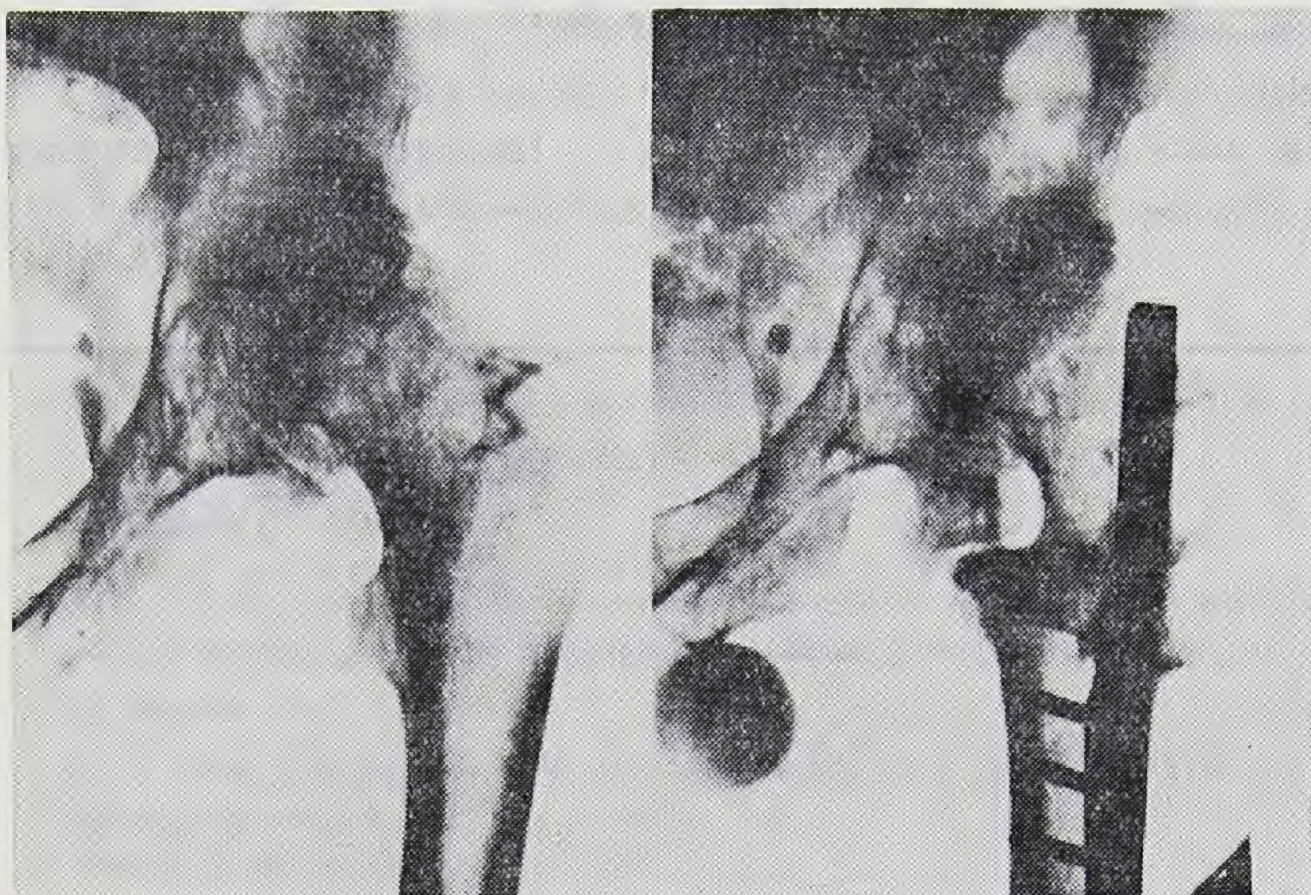
شکل-۲

پس از عمل اقدام به Fixation خارجی نموده بیکى از سه طریق (شکل ۱) ، مفصل لگنی بیمار را بمدت حداقل سه ماه باند پیچی مینمایم .

مشاهدات رادیولوژیکی : مدتی پس از عمل مشاهدات رادیولوژیکی نشان میداد که در کلیه

بیماران پیشرفت فاسد شدن قطعات عفونی استخوانی متوقف شده و بجای آن سختی و استحکام استخوانها

را فرا گرفته ، بر ضخامت طبقات غضروفی افزوده شده و مفاصل حجیمتر گردیده اند . (شکل ۳).



شکل-۳

البته میزان تغییرات استحکام مفاصل پس از عمل در افراد متفاوت بوده .
بطوریکه در ۲۲ مورد (۶۵٪) افزایش حجم مفصلی متفاوت بنظر میرسید .
از این مقدار نتایج در ۱۳ مورد جزء گروه عالی ، ۲ مورد جزء گروه خوب ، ۷ مورد جزء
گروه متوسط بوده . و قابل توجه اینکه نتایج بد وجود نداشته . لذا اینطور بنظر میرسد که در این-
گروه نتایج بهتری عاید گردیده است .

بحث Discussion

با توجه به آمار و نتایج فوق الذکر ، بدون شك اثرات مثبت Intertrochanteric
Osteotomy استخوان ران جهت برطرف کردن دردهای حاصل از Osteo Arthritis مفصل
لگنی رانی ، ثابت و مکشوف گردیده .
اگر در بعضی مواقع پس از عمل به موانعی از جمله اشکال در حرکت پس از جراحی برخورد
مینمودیم ، صرفا در بیمارانی بوده که یا بعللی استخوانها خوب قالب گیری نشده ، یا به علل دیگر
بیمار تحت جراحیهای پیوندهای پی در پی استخوانی قرار گرفته .
بعلاوه برتری نتایج مثبت حاصل از عمل بروی افراد گروه کم سن و سال نسبت به افراد مسن

نتیجه Summary

درمورد ۳۴ Osteo - Arthritis ، استخوان لگن که بر روی ۳۱ مریض به کمک تکنیک Intertrochanteric Osteotomy ، انجام گرفت ، گذشته از نتایج مثبت حاصله تنها مشکل و عامل مخرب عمل در واقع همان خارج شدن استخوانهای پیوندی از قالب اصلی میباشد . (شکل ۲- A).

فارماکودینامی داروهای . . .

بقیه از صفحه ۵۷

اگر نقش پپتیدهای آزاد بطور کامل مشخص گردد بدین ترتیب یک روش ساده برای درمان بیماریهای رماتیسمی پیدا خواهد شد در این صورت شیمی سنتتیک می تواند ترکیبهای زیادی برای این منظوریتهیه نماید.

تشخیص اولیه روماتوئید بوسیله اندازه گیری پپتیدهای آزاد یا دیگر ملکولهایی که به وسیله داروهای روزمره تغییر مکان می یابند امکان پذیر است.

References

- I. Davis, R. H, Fisher J. S and Mc Gowan, L (1968). Journal of Endocrinology 41, 603.
- II. Dawkins, P. Dand smith M.J.H (1971) Journal of Phamacy and pharmacology, in press
- III. Goldstein, A. (1949) Pharmacological Reviews, 1, 102
- IV. Hench' P.S (1949) Annals of Rheumatic Diseases, 8, 90.
- V. Hess, S. M and Udenfriend, S. (1959). journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 127, 175
- VI. McMenamy, R. H and oncley. J.L. (1958). Journal of Biological Chemistry 233. 946
- VII. Spector, W.G., and Willoughby, D.A. (1968). The Pharmacology of Inflammation London, English Universities Press.
- VIII. Ropes, M.W., Bennet, G.A., Cobb, S. Jacox, R and Jessar, R.A (1959). Annals of the Rheumatic Diseases, 18, 49,.

FEMIDOL®

قرص فمیدول : فرآورده ایست ضد (درد ، تب ، گریپ وروماتیسم) اثر آن سریع ، قاطع و طولانی است

موارد استعمال : سندرمهای دردناك حاد - مزمن و عودکننده

سردرد - دندان درد - نوریت - نورالژی - دردهای پیش از قاعدگی
قاعدگی دردناك - درد مفاصل - آرتروز - ورم مفصل روماتیسمی
دردهای ضربهای - دردهای بعد از عمل جراحی و پس از زایمان
و دردهای سرطانی

انواع سرماخوردگی حتی زمانیکه با تب توام باشد

سرماخوردگی معمولی - آنفلوآنزا - تورم لوزها و فارنژیت حاد
درد عضلات - کمردرد - تورم تیکولی

قرص فمیدول : حاوی کلرپروفن پیریدامین است. آنتی هیستامینی موثر و قابل تحمل
که در عین حال خاصیت آرام بخش مختصری نیز دارد
قرص فمیدول را در کودکان کمتر از دو سال نباید تجویز کرد

ترکیب : هر قرص فمیدول حاوی :

Chlorphenpyridamine maleate	0/0016 gm
d - propoxyphene base	0/027 >
caffeine	0/036 >
acetyl - P - aminophenol	0/120 >
aluminium acetylsalicylate (Equivalent to 0.250 gm of acetylsalicylic acid)	0/300 >

**بعلت عاری بودن از ترکیبات باربیتوریک و مواد مخدره میتوان آنرا
بمدت طولانی بکار برد .**

فمیدول قرص

ضدتب

ضددرد



ضدانفلوانزا

ضدرماتیسیم

d-propoxyphene + acetyl-p-aminophenol
acetylsalicylic acid + caffeine + chlorpropenpyridamine

قوی تر از مسکن های معمولی با اثر طولانی

بسیار خوب تحمل میشود - عادت ایجاد نمی نماید - بدون عوارض جانبی

مقدار استعمال :

کودکان ۲-۱ قرص در روز بزرگسالان ۴-۲ قرص در روز

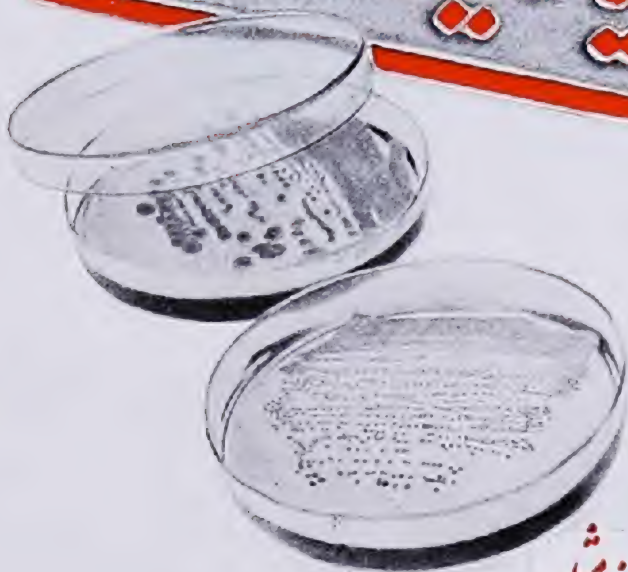
بسته بندی : بصورت بسته های ده عددی



شرکت سهامی لپتی ایران دوراهی قلهک

صندوق پستی شماره ۱۹۵۷ - تلفنهای ۸۱۰۵۵ - ۸۶۰۲۸ - ۸۶۰۱۴ - ۴۹۶۹۱

باکتریها
خیلی سریع رشد کرده
وزیاد میشوند



بهین جبت یک باکترید که متقیما باکتریها را نابود میکند مثل

لازم است **Binotal**

بینوتال عملا غیر رسمی است .

محدودینی برای دوز آن وجود ندارد ، در تمام بیماران حتی در هر سن و سالی در بچه ها و نیز در زنان حامله ، در نارسانیهای کلیه و مواقعی که فونکسیون کلیه های بیمار آسیب دیده است قابل تجویز میباشد .

موارد غیر قابل تجویز

بینوتال نزد کماتیکه به پنی سیلین حساسیت دارند نباید تجویز گردد

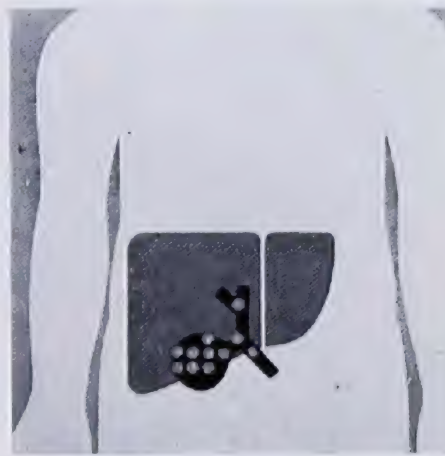
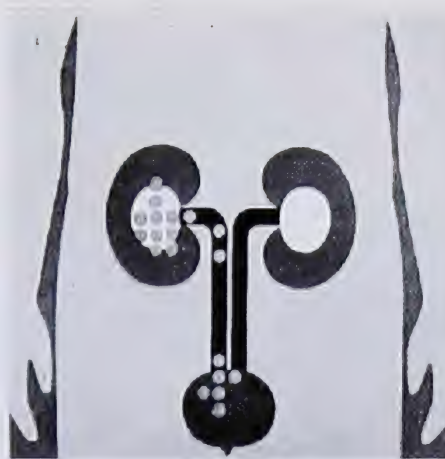
بینوتال میکروبها را میکشد .

بینوتال ژرمهای پاتوژن را سریع و مستقیم در بدن انسان از بین میبرد .
بینوتال بدون نیاز به دفاع طبیعی بدن ، میکروبها را کشته و طی ۲ ساعت تعداد آنها را به $\frac{1}{10}$ تعداد قبلی میرساند .

بینوتال پنی سیلین گسترده طیف است

وقائل مستقیم ژرمهای گرام منفی و گرام مثبت میباشد . از جمله انتروکوکها ، سالمونلاها و هموفیلوس در مقابله با بینوتال کشته شده و از بین میروند .





Binotal[®]

در موارد سخت بیماری
در موارد عادی بیماری
یعنی در هر ۲ حالت

بینوتال

۴۹-۲۱۷۱ ۴۹/۱۱/۴	کیسول ۲۵۰ میلی بهای مصرف کننده ۱۲ ریال پروانه
۴۹-۲۱۷۰ ۴۹/۱۱/۱۰	قرص ۵۰۰ میلی » » ۲۰ » » »
۴۹-۱۸۸۱ ۴۹/۲/۳۰	شربت ۳ گرمی » » ۱۷۰ » » »
۴۹-۲۱۷۲ ۴۹/۱۱/۵	آمپول ۵۰۰ میلی » » ۷۰ » » »

بایر فارما ایران

تهران - صندوق پستی ۲۵۳۸ - تلفن ۷۰ - ۷۸۳۳۶۱

Bayer
Germany

برای درمان عفونتهای مجاری تنفسی ،

عفونتهای مجاری ادراری ،

عفونتهای رحم و ضمیمه دستگاه تناسلی زنان ،

و عفونتهای مجاری صفراوی ،

در تمام عفونتهای اندامهای مذکور دارویی انتخابی است .

بینوتال پس از خوردن کاملاً جذب میشود . بعد از تزریق داخل وریدی سریعاً

بعد اعلای غلظت خونی و درمانی میرسد و اگر بخواهیم غلظت بلند خونی

بینوتال را در مقابله با زرمهاییکه از خود مقاومت نشان میدهند حفظ کنیم

میتوانیم آنرا قطره قطره پرفوزیون کنیم .

شکل کیسولهای ۲۵۰ ، قرصهای ۵۰۰ ، آمپولهای ۵۰۰ میلی گرمی و شربت

محتوی ۳ گرم ماده مؤثره موجود است .

فرمول : د - آلفا - آمینوبنزیل پنی سیلین (آمین سیلین)

بینوتال عملاً غیر سمی است .

ضطراب و اختلالات
استگاه گوارش

لیبراکس (این حلقه معیوب را می شکند)

لیبراکس (روش، آنتی کولی نرژیک
و ضد اضطراب میباشد.

لیبراکس ازدیاد ترشح و ازدیاد حرکت و
همچنین انقباضات را چه نوع عملی و چه
از نوع عضوی میزان می کند.

لیبراکس اثر دوگانه
در درمان اختلالات
هیجانی و جسمانی دارد

Librax
Trade Mark

ROCHE



«باکتریم» روش

نسبت به سایر آنتی‌بیوتیک‌های وسیع الطیف مزایای ارزنده‌ای دارد
هم طیف آن وسیع تر است ،
هم مقاومت باکتریها بحداقل می‌باشد ،
بعلاوه باکتریها را نابود میکند ،
و بالاخره اختلالی در میکروبیای روده ایجاد نمی نماید

نسبت به سایر آنتی‌بیوتیک‌های وسیع الطیف برتری «باکتریم» روی می‌لایان ثابت شده است

«باکتریم» از سایر آنتی‌بیوتیک‌های

وسیع الطیف مؤثرتر می‌باشد

«باکتریم» مؤثرتر از پنی‌سیلین می‌باشد

«میدانیم که Ampicilline در غلظت‌های مجاری ادرار دایمی مؤثری بشمار میرود همچنان در میان این یحاری با Sulfamethoxazole و Trimethoprim (ماده «باکتریم») در عرض يك الی چهار هفته موارد موقتیت را بیشتر کرده است. (۵۵۱-۵۵۴) را ۱۹۶۹ . (Reeven, D.S., et al.: Brit. med. J.

«با در نظر گرفتن مقاومت قابل ملاحظه در مقابل انواع پنی‌سیلین‌ها و افزایش روز افزون مقاومت نسبت به کلرامفنیکول و تتراسایکلین مزیت درمان با «باکتریم» نامقابله با این آنتی‌بیوتیک‌ها از این آرا ثابت کرده است...» (۱۶۵-۱۶۷ ، ۳۵) ۱۹۶۸ . (Salovey, G.: Dis. med. surg.

«باکتریم» از تتراسایکلین‌ها مؤثرتر می‌باشد

«طور خلاصه میتوان گفت که صرف روزانه میلی گرم Trimethoprim و ۱۶۰۰ میلی گرم Sulfamethoxazole صحت يك هفته در جدایی بروشت‌های مزمن میراث از نگردن تتراسایکلین يك گرام در روز و صحت يك هفته مؤثر تر خواهد بود. (Exposit, The Synergy of Trimethoprim and Sulphonamides, Royal College of Physicians, London, 9.5. 1969.)

محلول رود کس ۱۵۰ CC

برای حفظ بهداشت خود و خانواده میوه‌ها و سبزیجات و ظروف غذاخوری آشپزخانه را قبلاً با محلول رود کس ضد عفونی کرده بعد آب بکشید و مصرف نمائید

قرص میسیدون

باداروی آنتی هیستامینیک
مسکن دردها ضد سرماخوردگی

قرص میسیدون اطفال

باداروی آنتی هیستامینیک
شیرین - خوشمزه
تب‌بر - مسکن دردها - ضد سرماخوردگی

نشانی: خیابان فیشر آباد - خیابان اراک - کوچه شهر یورکاشی ۱۰

تلفن ۸۲۱۲۷۱ و ۸۲۰۴۵۱

LAVORINE

لاورین

ضد عفونی کننده دهان ، معالج ژنژیویت ،
استوماتیت و خونریزی لثه‌ها

ALGINAL

آلژینال

مسکن و تب‌بر - مخصوص کودکان و نوزادان

ADONICOEUR

آدونیکور

قطره مقوی قلب در نارسائی‌های خفیف قلبی و تنظیم
ضربان قلب در فواصل معالجه با دیژیتال

شرکت داروسازی پارك

خیابان پهلوی - کاوسیہ - خیابان سرو - شماره ۷۴

تلفن ۸۹۲۳۳۹ - ۸۹۲۳۴۷



برای مقابله با بیماریهای
پائیز و زمستان آماده شویم؟



هالی برانژ

HALIBORANGE

روغن کبد ماهی + عصاره پرتقال

سرشار از ویتامین های C. D. A.

✿ برای آنکه فرزندان از بیماریهای زمستانی در امان باشند.

✿ برای آنکه ویتامین های لازم در دوره ای که میوه کم میشود

به بدن آنها برسد.

✿ برای محافظت خودتان از سرماخوردگی و عواقب آن

هالی برانژ را فراموش نکنید

مرکز پخش: سازمان پخش و فروش دارو پخش

خیابان درب اندرون (خیابان آذر)

تلفن ۳۰۱۰۱۱ و ۸ - ۳۰۴۳۸۷



IRACEVIT

و

IRACEVIT FORTE

که اولی حاوی ۵۰۰ و دومی ۱۰۰۰ میلیگرم ویتامین C در پودر طبیعی پرتقال خوش طعم و خوش عطر مانند میوه تازه میباشد.

✿ ایراسویت : ویتامین C با شکلی تازه و گوارا
✿ ایراسویت : مطبوع برای کودکان و بزرگسالان
✿ ایراسویت : ویتامین C که بصورت شربت پرتقال در میاید
✿ ایراسویت : برای تقویت عمومی و افزایش زندگی و انرژی حیاتی

طرز مصرف :

محتوی يك پاكٲ را كه ٥ گرم است در يك استكان آب سرد بریزید، شربت پرتقال خوش طعمی كه سرشار از ویتامین C است بدست میآید .

مقدار مصرف :

هر روز يك بسته را در آب سرد ریخته بپاشامند

فرآورده «داروپخش» ایران

مرکز پخش سازمان پخش و فروش داروپخش - تهران خیابان آذر

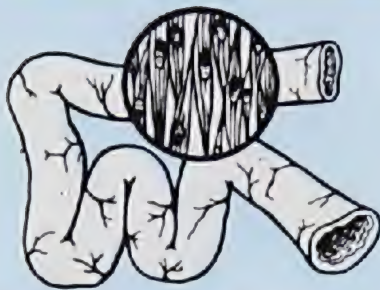
تلفن ۳۰۴۳۸۷-۸-۹-۳۰۱۰۱۱

Baralgin®

آنتی اسپاسمودیک و آنالژیک
که میتواند جانشین مُرفین باشد



بارالژین بعلت دارا بودن
نوالژین بطور مرکزی اثر میکند.



بارالژین روی عضلات صاف شبیه پاپاورین
تأثیر نموده و در انتهای اعصاب پاراسمپاتیک نظیر
آرترپین ضد اسپاسم است.



اثر ضد اسپاسمی بارالژین
با اثر گانگلیوپلژیک تقویت میشود.



بارالژین حلقه معیوب درد اسپاسم - درد
در هم میکند.



شرکت سهامی ایران هوخست صندوق پستی ۲۱۸۴ - تهران - تلفن ۹-۶۲۵۲۲۷
Farbwerke Hoechst AG, 6230 Frankfurt (Main) 80

**Gramnegative
Bakterien**

Klebs. pneumoniae
Pseudomonas aeruginosa (Ps. pyocyanea)
Shigellen
Salmonellen
Proteus sp.
Brucellen
E. coli
Haem. pertussis u. influenzae

**Gramnegative
Kokken**

Neiss. meningitidis
Neiss. gonorrhoeae

**Grampositive
Kokken**

Staph. aureus Pen. G-sensib.
Staph. aureus Pen. G-resist.
Enterokokken
Strept. pneumoniae
Strept. pyogenes

**Grampositive
Bakterien**

Corynebact. diphtheriae
Clostridien
Aktinomyeten

Spirochäten

Treponema pallidum

Protozoen

Entamoeba histolytica

Mykobakterien

M. tuberculosis

(modifiziert nach Mössner u. Maurer, Med. Klin. 59 [1964] No. 3)

Reverin رورین

275 mg.
350 mg.
150 mg.

نظریات علمی درباره استفاده از رورین

رورین بیش از ۸ برابر دوز خوراکی تتراسیکلین موثر است
(Heite, Chemotherapie, 1 : 364-374 1960)

رورین بیش از سایر تتراسیکلین‌های وریدی موثر است
(Rolly ü Fussgänger DMW, 85, 40, 1762-1764, 1960)

رورین با دارا بودن غلظت‌های باکتری‌سیدی در
خون روی زرمهائی نیز که با آنتی بیوگرامهای معمولی
در مقابل تتراسیکلین‌ها مقاوم هستند، مؤثر میباشد
(Ritzerfeld Klin. Wschr. 38, 14 : 698, 1960)

رورین در نسوج نیز غلظت باکتری‌سیدی ایجاد مینماید
(Otte Zbl. Bakt. Abt. 1 Orig 180, 4 : 569, 1960)

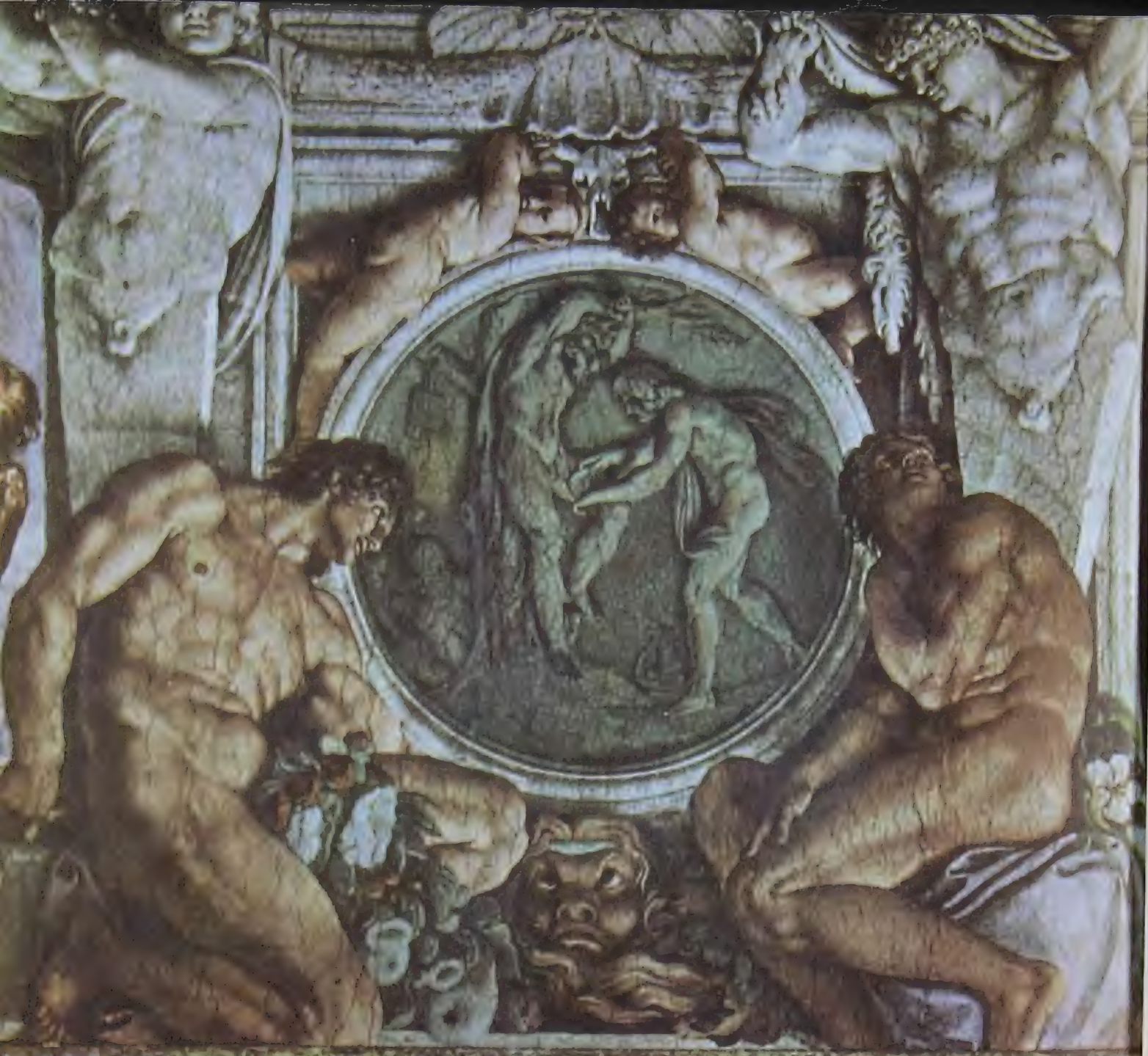
علاوه بر تزریق وریدی و عضلانی میتوان رورین را
در محل‌های زیر بکار برد

داخل استخوان	داخل شرایین
« پرده صفاق	« مفصل
« پروستات	« پرده جنب
« نخاع	« مثانه
« کانالها	« آبه مغزی

رورین هم از راه تزریقی و هم از طریق تجوین
موضعی دارای تحمل برجسته است حتی تزریق ۴۰ بار
رورین در داخل يك ورید هیچ تحریکی ایجاد نکرده
و بخوبی تحمل میشود



شرکت سهامی ایران هوخست صندوق پستی ۲۱۸۴ - تهران - تلفن ۶۲۵۲۲۷-۹
Farbwerke Hoechst AG. 6230 Frankfurt (Main) 80



تونیک تزریق‌ی جهت افزایش قوای روحی و جسمی و درمان خستگی‌های مفرط

فوسفوستیمول[®] Fosfostimol

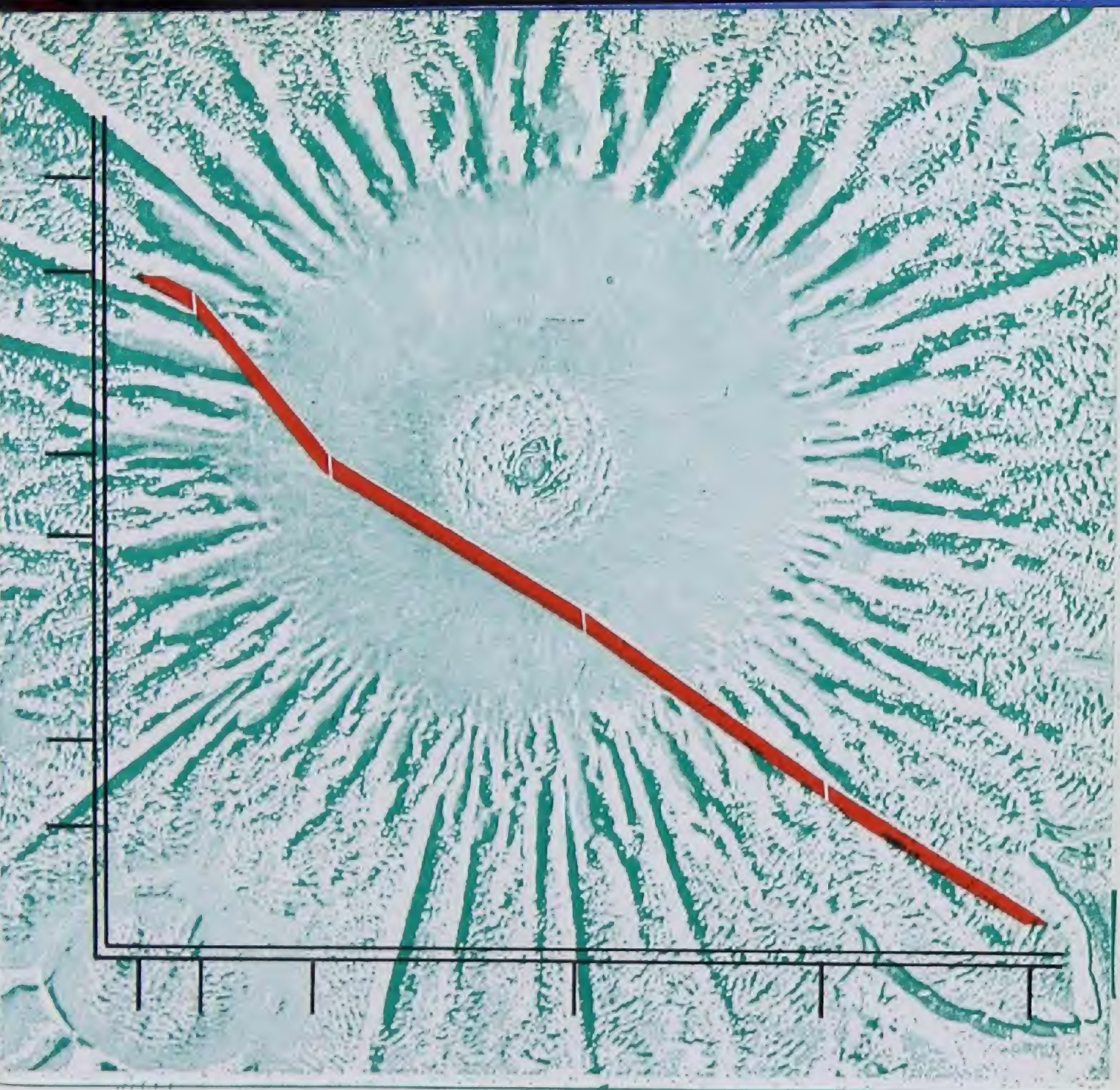
یک تونیک تزریق‌ی استثنائی با خواص ذیل

- ایجاد ترکیبات پر انرژی فسفات (ATP) که بوسیله فسفوستیمول کاتالیزه می‌شوند.
- بهبود نسبت میزان فسفولیپیدها و کلسترول در خون بنفع فسفولیپیدها
- افزایش محسوس میزان قدرت جسمی
- بهبود نیروی حافظه و قدرت تمرکز فکری
- بهبود حالت کلی بدن در اثر تأثیر خواص چهارگانه فوق

بسته بندی: آمپولهای ۱ میلی‌لیتری ۱۰ عددی



شرکت سهامی ایران هوست صندوق پستی ۲۱۸۴ - تهران - تلفن ۹-۸۲۵۰۴۱
Farbwerke Hoechst AG. 6230 Frankfurt (Main) 80



پنی سیلین خوراکی با دوز اثر عالی ۶۰۰,۰۰۰ واحد در هر قرص،
 حداکثر تأثیر و تحمل عالی برای احتیاجات روزانه مطب جهت تجویز در
 عفونتهای مختلف (برونشیت ، عفونتهای لوزه ، عفونتهای لثه ، دندان و فك ، فورنگولوز)

کلیاسیل. ۶۰۰,۰۰۰u. Cliacil®

مقدار تجویز روزانه : ۲ تا ۴ بار و هر بار يك قرص جهت تجویز به بزرگسالان و کودکان مدارس
 ۲ تا ۴ بار و هر بار نیم قرص جهت تجویز به اطفال كوچك و شينخواران



شرکت سهامی ایران هوخست صندوق پستی ۲۱۸۴ - تهران - تلفن ۹-۸۲۵۰۴۱
 Farbwerke Hoechst AG. 6230 Frankfurt (Main) 80

چاپ دانش امروز

چاپ دانش امروز با داشتن ماشینهای مدرن و وسایل
کامل چاپ قادر به انجام هر گونه سفارشات چاپی میباشد
چاپ دانش امروز برای قبول و انجام امور چاپی از قبیل :
جعبه ، بروشور ، کاتالوگ ، تقویم ، سررسید نامه ، کتاب ،
مجله ، همه نوع فرمهای حسابداری و انواع کارهای رنگی
آماده است .

صبح ها	۸ - ۱۲	ساعت کار
عصر ها	۱۴ - ۱۸	

میدان فردوسی جنب لوآن تور	آدرس
تلفن : ۳۱۲۷۶۷	
صندوق پستی ۳۲۸۹	

Valiprom Elaxir



گرفتار در تاروپود

هیجان، بیخوابی، اضطراب

شربت والیبروم

Valibrom Elexir

مسکن عصبی، خواب آور، آرام کننده

بدون باربیتوریک، بدون اعتیاد

مرکز پخش : سازمان پخش و فروش داروپخش - تهران خیابان آذر (درب اندرون)

تلفن ۳۰۴۳۸۷-۹-۳۰۱۰۱۱

اینک میتوانید دوز اثر سولفامید را با نصف دانه یک نصف قرص برسانید

بله! فقط یک نصف قرص در هر ۲۴ ساعت برای بالغینی که وزنشان کمتر از ۶۰ کیلوگرم است کافی می باشد! این دوز اثر بسیار کم بعقت جذب سریع دارو، ایجاد سطح مداوم در خون، قابلیت حل فوق العاده و دفع ملائم کلیوی کاملاً امکان پذیر است. کریستالوری بندرت دیده شده است. در مورد بیمارانی که وزنشان بیشتر است؟ فقط یک قرص در روز کافیت.

LEDERKYN*
*Trademark SULFAMETHOXYPYRIDAZINE, LEDERLE

سولفامید طولی الاثر با دوز اثر بسیار بسیار کم... و هزینه بسیار ناچیز



LEDERLE LABORATORIES • CYANAMID INTERNATIONAL

CYANAMID

شرکت سهامی سابانامید کی بی سی - خیابان توأم السلطنه شماره ۲۹ - تلفن ۳۱۲۳۹۰



اوپن O-PEN[®]

POTASSIUM PHENOXYMETHYL PENICILLIN

قرص، شربت، قطره

آنتی بیوتیک انتخابی
در معالجه و پیشگیری
عفونت‌های
استرپتوکوکسیک
و پنوموکوکسیک

